2004-2005

Annual Report

Chief Coroner

Rapport annuel

Coroner en chef

New Nouveau
Brunswick
CANADA

2004 - 2005 Annual Report

Published by:
Office of the Chief Coroner
Department of Public Safety
Province of New Brunswick
P. O. Box 6000
Fredericton, New Brunswick
E3B 5H1
Canada

December 2005

Cover:
Communications New Brunswick

Typesetting:
Office of the Chief Coroner

Printing and Binding:
Printing Services, Supply and Services

Rapport annuel 2004 - 2005

Publié par :
Le bureau du coroner en chef
Ministère de la Sécurité publique
Province du Nouveau-Brunswick
Case postale 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5H1
Canada

Decembre 2005

Couverture :
Communications Nouveau-Brunswick

Photocomposition :
Le bureau du coroner en chef

Imprimerie et reliure :
Service d'imprimerie,
Approvisionnement et Services

ISBN 1-55396-489-6

ISSN 0848-5666

Printed in New Brunswick

ISBN 1-55396-489-6

ISSN 0848-5666

Imprimé au Nouveau-Brunswick

106-02001/

The Honourable O. Wayne Steeves
Department of Public Safety
Fredericton
New Brunswick

L'honorable O. Wayne Steeves
Ministère de la Sécurité publique
Fredericton
Province du Nouveau-Brunswick

Dear Minister:

Pursuant to Section 43 of the *Coroners Act*, I have the honour to submit the Thirty-third Annual Report of the Chief Coroner for the period April 1, 2004 to March 31, 2005.

Yours very truly,

DIANNE KELLY
Chief Coroner
Province of New Brunswick

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le trente- troisième rapport annuel du coroner en chef pour la période du 1er avril 2004 au 31 mars 2005, en application de l'article 43 de *la Loi sur les coroners*.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma très haute considération.

DIANNE KELLY
Coroner en chef
Province du Nouveau-Brunswick

Table of Contents

Page

Mission Statement 6

Historical Background 6

Origin of the Office of the Coroner 6

The New Brunswick Coroner System 7

Organizational Structure 7

Notification Requirement 8

Investigative Capacity of Coroner Services 9

Purpose of Coroner's Investigation 9

The Inquest Decision 10

Summary 10

Statistical Summary of Investigated Deaths 12

Schedule "A.1" - Total Deaths by Classification 14

Schedule "A.2" - Total Deaths by Month 15

Schedule "A.3" - Total Deaths by Judicial District 16

Schedule "B.1" - Accidental Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 17

Schedule "B.2" - Accidental Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 18

Schedule "B.3" - Accidental Deaths by Age Group, Gender and Environment 21

Table des matières

Page

Énoncé de mission 6

Survol historique 6

Origine de la fonction de coroner 6

Le système des coroners du Nouveau-Brunswick 7

Structure administrative 7

Déclaration 8

Pouvoirs d'enquête du Service des coroners 9

But de l'investigation 9

La décision de mener une enquête 10

Résumé 10

Résumé statistique des investigations menées à la suite de décès 12

Tableau « A.1 » - Nombre total de décès par catégorie 14

Tableau « A.2 » - Nombre total de décès par mois 15

Tableau « A.3 » - Nombre total de décès par circonscription judiciaire 16

Tableau « B.1 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 17

Tableau « B.2 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité 18

Tableau « B.3 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence 21

Schedule "C.1" - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 27

Schedule "C.2" - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 28

Schedule "C.3" - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Environment.....30

Schedule "D.1" - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 32

Schedule "D.2" - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 33

Schedule "D.3" - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Environment 34

Schedule "E.1" - Natural Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 35

Schedule "E.2" - Natural Deaths by Age Group, Gender and Death Factor.....36

Schedule "E.3" - Natural Deaths by Age Group, Gender and Environment.....37

Schedule "F.1" - Undetermined Deaths by Age Group, Gender and Judicial District.....43

Schedule "F.2" - Undetermined Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 44

Schedule "F.3" - Undetermined Deaths by Age Group, Gender and Environment.....45

Tableau « C.1 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 27

Tableau « C.2 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité 28

Tableau « C.3 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence.....30

Tableau « D.1 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 32

Tableau « D.2 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité 33

Tableau « D.3 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence.....34

Tableau « E.1 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 35

Tableau « E.2 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et par facteur de mortalité 36

Tableau « E.3 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et le lieu de l'incidence.....37

Tableau « F.1 » - Décès d'origine inconnue par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 43

Tableau « F.2 » - Décès d'origine inconnue par groupe d'âge, sexe et par facteur de mortalité.....44

Tableau « E.3 » - Décès d'origine inconnue par groupe d'âge, sexe et le lieu de l'incidence.....45

Schedule "F" - Undetermined Deaths... 46

Summary of Inquests and Recommendations..... 47

Other Cases of Interest..... 78

Inquests and Cases of Interest (2003/04)..... 150

Tableau « F. » - Décès d'origine Inconnue..... 46

Résumé des enquêtes et des recommandations..... 47

Autres cas d'intérêt..... 78

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2003-04)..... 150

Our Mission

Coroner Services is an independent and publicly accountable investigation of death agency. Coroner Services is mandated by statute to review all suspicious or questionable deaths in New Brunswick, conduct inquests as may be required in the public interest and does not have a vested interest of any kind in the outcome of death investigations.

Historical Background

Origin of the Office of the Coroner

The office of the coroner is one of the oldest institutions known to English law.

One of the early functions of the office was to enquire into sudden and unexpected deaths. It was the duty of the coroner to establish the facts relating to the death. The coroner used a jury to enable him to ascertain this and to determine whether foul play was involved in the death; if so, the town or village was liable for an additional fine if no felon could be found responsible for this death. This particular function of the office of coroner (to determine the facts surrounding a death), as modified throughout the years, survives as the basis for all coroner systems, which are presently existing in common law jurisdictions.

In the ensuing seven hundred years, no improvement has been made upon the basic questions and they remain: "who was the deceased? How, when, where and by what means did he die?"

Notre mission

Le Service des coroners est un organisme indépendant de responsabilité publique chargé d'enquêter sur les décès. Mandaté en vertu des lois provinciales pour étudier tous les cas de morts suspectes au Nouveau-Brunswick, le Service des coroners mène des enquêtes dans l'intérêt du public. Le Service n'a aucun intérêt, quel qu'il soit, quant à l'issue de ces enquêtes.

Survol historique

Origine de la fonction de coroner

La fonction de coroner est la plus vieille institution du droit anglais.

L'une des premières tâches du coroner consistait à enquêter sur les morts soudaines et inattendues. À cet égard, le coroner devait établir la cause du décès. Un jury aidait le coroner à établir ce fait et à déterminer s'il s'agissait d'un meurtre; dans l'affirmative, la ville ou le village était passible d'une amende supplémentaire si l'on ne pouvait repérer l'assassin. Cette fonction particulière (établir la cause d'un décès), modifiée au fil des ans, est à la base de tous les systèmes de coroners en vigueur actuellement dans les États ou est appliquée la common law.

Après sept siècles, les questions de bases demeurent inchangées : « Qui était la personne décédée? Comment, quand, où et par quel moyen est-elle morte? »

An inquest is not a forum to resolve civil disputes nor to conduct prosecutions. An inquest is not a trial and a coroner is not a judge. The proceedings are inquisitional as opposed to accusatory or adversarial.

Coroners in New Brunswick have been instructed to protect the civil rights of all persons who may have had some connection with the death of the deceased and to ensure that the coroner's jury has not expressed any conclusion of civil or criminal responsibility or named any person or persons responsible for any act or omission which may have contributed to the death.

The New Brunswick Coroner System

Organizational Structure

In New Brunswick, Coroner Services falls under the Department of the Public Safety for administrative purposes. Supervision of the service is the responsibility of the Chief Coroner who is assisted by a full time Deputy Chief Coroner.

During 2004/05, organizational changes within the Department of Public Safety resulted in the establishment of a separate Coroner Services Branch.

The six full time staff, who serve as Regional Coroners in Fredericton, Moncton, Saint John, Bathurst/Campbellton and Edmundston, now report to the Chief Coroner.

Une enquête n'est pas un forum pour résoudre les litiges civils ou exercer des poursuites. Une enquête n'est pas un procès et un coroner n'est pas un juge. On fait appel à des procédures inquisitoriales par opposition à des procédures accusatoires ou contradictoires.

On a également demandé à tous les coroners du Nouveau-Brunswick de protéger les droits civils de toutes les personnes qui auraient pu être liées directement ou indirectement au décès d'une personne et de voir à ce que le jury du coroner n'a pas tiré de conclusion de responsabilité civile ou criminelle ou désigné une ou des personnes responsables de tout acte ou toute omission qui aurait pu contribuer au décès.

Le système des coroners du Nouveau-Brunswick

Structure administrative

Aux fins administratives, les Services des coroners au Nouveau-Brunswick relèvent du ministère de la Sécurité publique. La surveillance des services comme tels relève du coroner en chef, secondé à temps plein d'un coroner en chef adjoint.

Au cours de l'exercice 2004-2005, une restructuration organisationnelle au sein du ministère de la Sécurité publique a entraîné la création d'une direction distincte pour les services des coroners.

Les six coroners régionaux travaillant à temps plein dans les régions de Fredericton, de Moncton, de Saint-Jean, de Bathurst-Campbellton et d'Edmundston relèvent à présent du coroner en chef.

In addition to the six Regional Coroners, a cadre of experienced investigative staff from the Compliance Branch serve as Investigating Coroners. This group provides services primarily on nights and weekends.

Fee for service Coroners continue to provide additional investigative capacity and geographic coverage.

The Regional Coroners provide guidance to the Investigating Coroners and Fee For Service Coroners and participate in the development and delivery of training.

Notification Requirement

In New Brunswick the only death exempt from notification to a coroner is one where the person dies of disease or sickness while under treatment of a duly qualified medical practitioner (as long as the death: (i) did not occur during or as a result of pregnancy; (ii) was not sudden and unexpected; and (iii) was not under circumstances which may require an investigation). Coroner Services is responsible for the investigation of all reported deaths in order to determine for each case the identity of the deceased and the facts as to how, when, where and by what means the deceased came to his/her death. The system, therefore, is a vital part of public safety in initially determining whether such reported deaths are due to natural causes, accident, suicide or homicide.

En plus des six coroners régionaux, un groupe d'employés chevronnés des services d'enquête de la Direction du contrôle de la conformité agissent à titre de coroners responsables des investigations, principalement le soir et les fins de semaine.

La présence de coroners rémunérés à l'acte nous permet d'ajouter à notre capacité de mener des enquêtes et de mieux couvrir l'ensemble de la province.

Les coroners régionaux fournissent un soutien aux coroners responsables des investigations et aux coroners rémunérés à l'acte et participent à l'élaboration et à la prestation de la formation.

Déclaration

Dans la province, le seul cas où Il n'est pas nécessaire d'aviser le coroner est le décès qui survient à la suite d'une maladie pendant que la personne est sous les soins d'un médecin dûment qualifié *sauf si la mort survient : (i) pendant une grossesse ou à cause de celle-ci; (ii) de façon soudaine et inattendue : ou (iii) dans des circonstances qui peuvent nécessiter la tenue d'une enquête). Par contre, le Service des coroners doit examiner tous les décès qui lui sont signalés afin de déterminer dans chacun des cas l'identité de la victime et d'établir où, quand, comment et par quel moyen elle est décédée. Par conséquent, les coroners sont un rouage essentiel de la sécurité publique, car ce sont eux qui, les premiers, déterminent si ces décès sont dus à des causes naturelles, à un accident, à un suicide ou à un homicide.

Investigative Capacity of Coroner Services

For investigational purposes Coroner Services has available on request the services of the Royal Canadian Mounted Police (including the facilities of the Forensic Laboratory in Halifax) and municipal police acting within their respective jurisdictions. Also available to Coroner Services are the services of pathologists located at Regional Laboratories situated at Fredericton, Saint John, Moncton, Campbellton, Miramichi, Bathurst and Edmundston and also the services of the Provincial Forensic Toxicologist located at Saint John.

The identification of a death as a "Type II" case, which needs the special consideration of a forensic pathologist, results in the utilization of the forensic service and requires that the body be transported to Saint John for the autopsy.

Where circumstances warrant, specialized expertise may be provided from outside the Province on complex cases for evidentiary or identification purposes.

Purpose of Coroner's Investigation

The purpose of the coroner's investigation for many years was directed towards the investigation of the actual medical cause of death, now the medical cause of death is only one of many factors to be considered. The non-medical factors causing death are equally important and in many cases call for remedial measures to correct conditions hazardous to public safety.

Pouvoirs d'investigation du Service des coroners

Aux fins d'investigation, le Service des coroners peut faire appel, au besoin, à la Gendarmerie royale du Canada (notamment au laboratoire médico-légal de Halifax) et à un corps de police municipale qui ont chacun leur domaine de compétence. Les coroners peuvent aussi faire appel aux services des pathologistes des laboratoires régionaux, situés à Fredericton, Saint-Jean, Moncton, Campbellton, Miramichi, Bathurst, et Edmundston, de même qu'aux services légaux du toxicologue provincial, qui se trouve à Saint-Jean.

Ainsi, lorsqu'un décès est classé comme un cas de « type II », nécessitant l'intervention spéciale d'un médecin légiste, il faut utiliser le service et faire transporter le cadavre à Saint John pour que soit pratiquée une autopsie.

Lorsqu'il est nécessaire pour les cas très complexes, nous faisons appel à des experts de l'extérieur de la province afin de compléter nos capacités relatives à la preuve et à l'identification.

But de l'investigation

Le but de l'investigation du coroner a été pendant de nombreuses années de rechercher la cause médicale réelle du décès. Aujourd'hui, l'aspect médical n'est qu'un facteur à considérer parmi bien d'autres. Les causes non médicales d'un décès sont en effet tout aussi importantes et, dans bien des cas, elles obligent à prendre les mesures nécessaires pour améliorer les conditions qui menacent la sécurité publique.

The Inquest Decision

One of the most difficult decisions a coroner has to make is whether or not to hold an inquest.

A local coroner or the Chief Coroner may order an inquest into a death. In some circumstances, a coroner may hold an inquest when required to do so in writing by a Judge of The Court of Queen's Bench of New Brunswick, a member of the Executive Council or the Chief Coroner. The holding of an inquest has the effect of drawing public attention to the many contributing causes of sudden and unexpected deaths. It is expected that the Coroners Jury will make recommendations directed toward the avoidance of death in similar circumstances.

The Chief Coroner is responsible for bringing the findings and recommendations arising out of inquests to the attention of appropriate persons, agencies and government departments.

Summary

Coroner Services investigates about 25 percent of the total of approximately 6,000 deaths per year in the Province. A high percentage of the investigated deaths are determined to be from natural causes. The coroner, in approximately 43 percent of the cases, orders autopsies and inquests are ordered in slightly less than one percent of all investigated deaths.

La décision de mener une enquête

Une des décisions les plus difficiles qui doit prendre le coroner est de savoir s'il y a lieu ou non de mener une enquête.

Un coroner local ou le coroner en chef peuvent ordonner qu'on enquête sur un décès. Dans certaines circonstances, un coroner peut procéder à une enquête sur demande rite d'un juge de la Cour du Banc de la Reine du Nouveau Brunswick, d'un membre du Conseil exécutif ou du coroner en chef. La tenue de l'enquête a pour effet d'attirer l'attention de la population sur les nombreuses causes de décès soudains et inattendus. On s'attend à ce que le jury du coroner fasse des recommandations visant à éviter dans la mesure du possible qu'un décès ne survienne dans de circonstances semblables.

Le coroner en chef doit veiller à communiquer les conclusions et les recommandations à partir d'une enquête aux personnes, organismes et ministères concernés.

Résumé

Environ 25 pour cent des quelque 6 000 décès annuels dans la province font l'objet d'une investigation par le Service des coroners. Un très grand nombre d'investigations se terminent par un constat de mort due à des causes naturelles. Le coroner ordonne la tenue d'une autopsie dans environ 43 p. 100 des cas alors que moins de un pour cent nécessitent une enquête du coroner sur les décès.

For the period covered by this Report, the Registrar of Vital Statistics recorded 6,281 deaths in the Province of which 1,586 or 25.2% were reported to a coroner. By comparison in the previous year there were 6,433 deaths in the Province of which 1,585 or 25% were reported to a coroner.

Appreciation is expressed to all law enforcement agencies and to all other related agencies who have, through the year, co-operated and assisted in the investigations which have been processed through Coroner Services. Also, gratitude is expressed to all coroners who have shown, once again, a high level of dedication and professionalism, frequently under adverse conditions.

The Chief Coroner invites comments or suggestions for modifying or improving any part of the report or regarding any aspect of the overall delivery of coroner services in the Province.

Comments should be directed to:

The Office of the Chief Coroner
P. O. Box 6000
Fredericton, New Brunswick
E3B 5H1
Phone (506) 453-3604
Fax (506) 462-2038

Au cours de l'exercice couvert par ce rapport, la registraire générale des statistiques de l'état civil a rapporté 6 281 décès dans la province dont 1 586 ou 25,2 p. 100 ont été signalés aux coroners. En comparaison, pour l'exercice précédent, 6 433 décès sont survenus dans la province dont 1 585 ou 25 p. 100 nous avaient été signalés.

Nous sommes reconnaissants envers toutes les agences de maintien de l'ordre et les organismes connexes qui ont collaboré avec nous et nous ont aidés à mener les enquêtes au cours de l'année qui vient de s'écouler. Nous remercions également tous les coroners qui ont fait preuve, encore une fois, de dévouement et de professionnalisme, souvent dans des circonstances difficiles.

Le coroner en chef invite le public à nous faire part de ses observations ou de ses suggestions qui pourraient contribuer à améliorer ce rapport ou les services offerts par le bureau du coroner de la province.

Prière de faire parvenir vos observations à l'adresse suivante :

Bureau du coroner en chef
C.P. 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5H1
Téléphone : (506) 453-3604
Télécopieur : (506) 462-2038

Statistical Summary of Investigated Deaths

Since January 1, 1987 deaths reported to and investigated by Coroner Services have been classified in five distinct categories: natural, accident, suicide, homicide and undetermined.

The natural category covers all deaths by disease or **natural causes**.

The accident category covers all **accidental** deaths including all deaths involving motor vehicles where there is no obvious intention to cause death to another person. For example, if a person is intoxicated causing death the coroner's classification will be accidental.

The **suicide** category covers all classes of obvious suicide.

The **homicide** category covers all cases of homicide except where a motor vehicle is involved and there is no obvious intention to cause death to another person.

The **undetermined** category covers any death where it is impossible to determine whether the death was accidental, suicide, homicide or natural. Coroners are instructed to make all possible effort to classify deaths in one of the other categories before considering this category. An example of a difficult case, which might fall in this category, is that of drug overdose where it is impossible to determine whether death was accidental, suicide or homicide.

Résumé statistique des investigations menées à la suite de décès

Depuis le 1er janvier 1987, les décès signalés au Service des coroners et sur lesquels celui-ci doit faire une investigation sont classés dans cinq catégories distinctes : mort naturelle, accident, suicide, homicide et décès d'origine inconnue.

La catégorie des **morts naturelles** englobe tous les décès survenus à la suite d'une maladie ou attribuables à des causes naturelles.

La catégorie des **accidents** englobe tous les décès accidentels, y compris ceux impliquant des véhicules à moteur sans qu'il existe d'intention évidente de provoquer la mort de quelqu'un. Ainsi, une personne en état d'ébriété qui cause la mort de quelqu'un dans un accident de la route pourra être accusée de négligence criminelle, mais le coroner parlera tout de même d'accident.

La catégorie des **suicides** englobe tous les cas évidents de suicide.

La catégorie des **homicides** englobe tous les cas évidents d'homicide, sauf si un véhicule à moteur est impliqué et qu'il n'existe aucune intention évident de provoquer la mort de quelqu'un.

La catégorie des **décès d'origine inconnue** englobe les cas où il est impossible de déterminer s'il s'agit de l'une ou l'autre des quatre catégories décrites ci-dessus. Les coroners se doivent évidemment de tout faire pour n'en arriver à cette conclusion qu'en dernier ressort. Un exemple de cas difficile qui pourrait être classé dans ce groupe serait celui d'une surdose de drogue où il est impossible de déterminer s'il s'agit d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide.

The tables included in this report identify the **Environment**, that is the principal **location** of where the death occurred and the **Death Factor**, that is an action, force, instrument or disease which led directly toward death.

Les tableaux de ce rapport identifient le **Lieu**, c'est-à-dire 'endroit principal où le décès est survenu, et au **Facteur de mortalité**, c'est-à-dire l'action, la mesure de violence, l'instrument ou la maladie qui a été la cause directe du décès.

PROVINCIAL SUMMARY - SCHEDULE A-1 / SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1

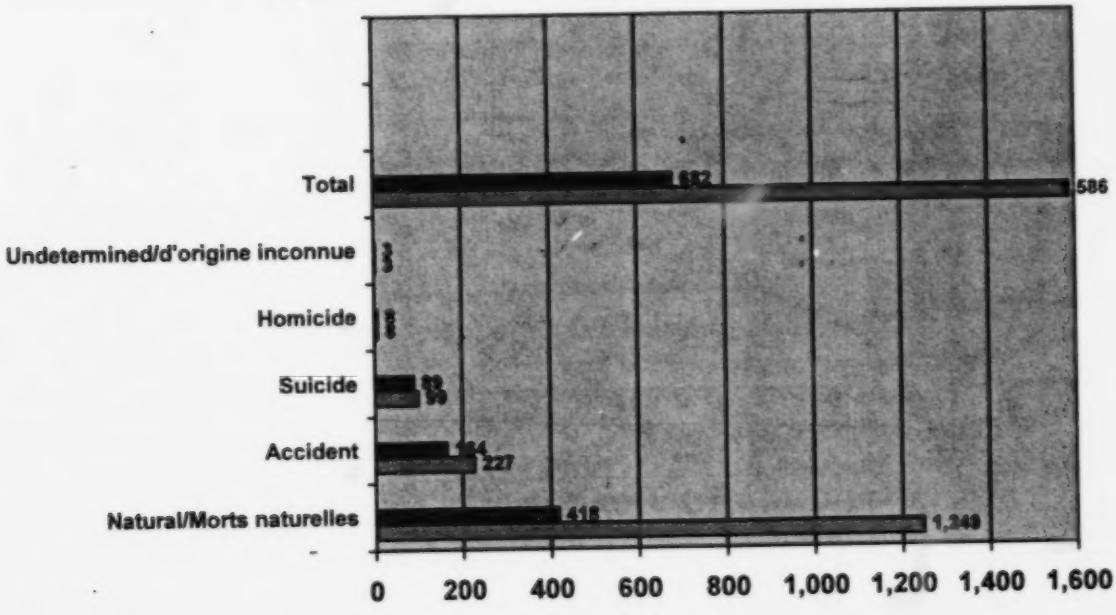
from/de 2004.04.01 to/au 2005.03.31

Classification/ Catégorie de décès	No. of Deaths/ Nombre de décès	%of Deaths/ de décès	Rate per 100,000 Population / Taux d'incidence par 100 000 habitants	Autopsy Performed/ Autopsies	% of classification/ de la catégorie de décès
Natural/Morts naturelles	1,249	78.8	166.2	418	33.5
Accident	227	14.3	30.2	164	72.2
Suicide	99	6.2	13.2	89	89.9
Homicide	8	0.5	1.1	8	100.0
Undetermined/Décès d'origine inconnue	3	0.2	N/A	3	100.0
Total	1,586	100.0		682	

Based on a population of / sur une population de 751,384

PROVINCIAL SUMMARY - SCHEDULE A-1 / SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1

from/de 2004.04.01 to/au 2005.03.31



NOTE : Based upon Statistics Canada postcensal population estimates for N. B. census divisions (released November 18, 2004). Sub-county estimates are based on the 2001 Census population share of the county.

NOTE : Données fondées sur les estimations postcensitaires de Statistique Canada pour les Divisions de recensement du Nouveau-Brunswick (publiées le 18 novembre 2004). Les estimations relatives aux régions à l'intérieur des comtés sont fondées sur les données du recensement de 2001 sur la proportion de population dans chaque comté.

PROVINCIAL SUMMARY - SCHEDULE A-1 / SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1

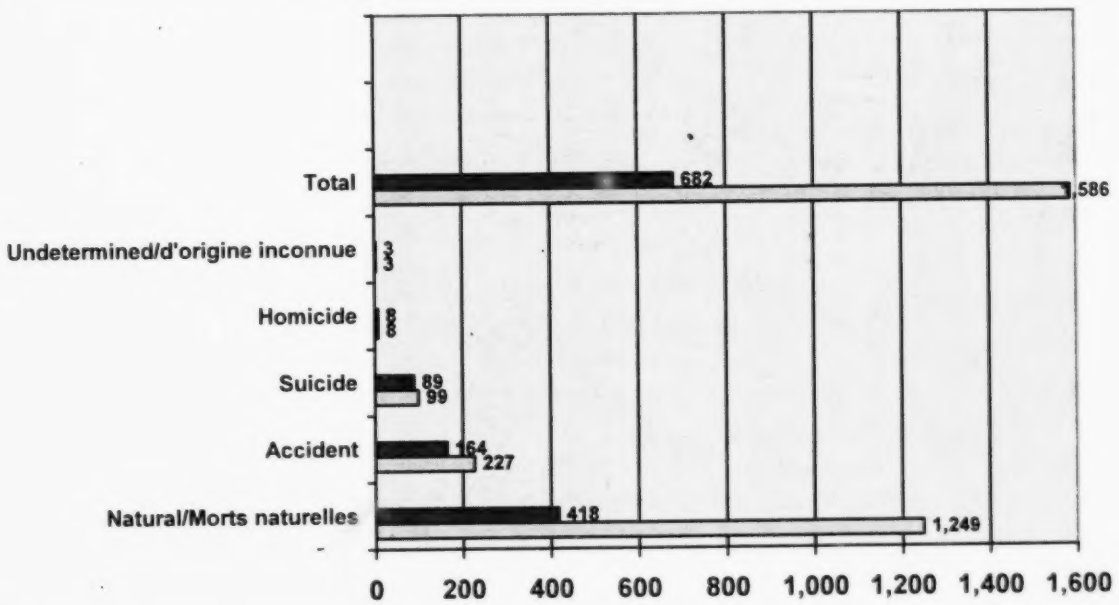
from/de 2004.04.01 to/au 2005.03.31

Classification/ Catégorie de décès	No. of Deaths/ Nombre de décès	%of Deaths/ de décès	Rate per 100,000 Population / Taux d'incidence par 100 000 habitants	Autopsy Performed/ Autopsies	% of classification/ de la catégorie de décès
Natural/Morts naturelles	1,249	78.8	166.2	418	33.5
Accident	227	14.3	30.2	164	72.2
Suicide	99	6.2	13.2	89	89.9
Homicide	8	0.5	1.1	8	100.0
Undetermined/Décès d'origine inconnue	3	0.2	N/A	3	100.0
Total	1,586	100.0		682	

Based on a population of / sur une population de 751,384

PROVINCIAL SUMMARY - SCHEDULE A-1 / SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1

from/de 2004.04.01 to/au 2005.03.31



■ Autopsy Performed / Autopsies ■ No. of Deaths / Nombre de décès

NOTE : Based upon Statistics Canada postcensal population estimates for N. B. census divisions (released November 18, 2004). Sub-county estimates are based on the 2001 Census population share of the county.

NOTE : Données fondées sur les estimations postcensitaires de Statistique Canada pour les Divisions de recensement du Nouveau-Brunswick (publiées le 18 novembre 2004). Les estimations relatives aux régions à l'intérieur des comtés sont fondées sur les données du recensement de 2001 sur la proportion de population dans chaque comté.

Provincial Summary - Deaths Investigated by Classification, by Month - Schedule A-2 /
Sommaire provincial - Nombre de décès examinés par catégorie, par mois - Tableau A-2
from/de 2004.04.01 to/au 2005.03.31

Classification/ Catégorie de décès	April/ avril	May/ mai	June/ juin	July/ juillet	Aug/ août	Sept/ sept	Oct/ oct	Nov/ nov	Dec/ déc	Jan/ jan	Feb/ fév	Mar/ mars	Total
Natural/Morts naturelles	94	95	104	115	84	89	114	92	121	131	100	110	1,249
Accident	12	22	17	19	23	16	20	24	15	22	14	23	227
Suicide	8	8	10	9	15	8	8	6	4	7	6	10	99
Homicide	3	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	8
Undetermined/ Décès d'origine inconnue	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Total	119	125	132	145	123	114	143	122	140	160	120	143	1,586

DEATHS INVESTIGATED BY JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE A-3 / NOMBRE DE DÉCÈS EXAMINÉS PAR CIRCONSCRIPTION JUDICIAIRE - TABLEAU A-3

from/de 2004.04.01 to/au 2005.03.31

	Judicial Districts / Circonscriptions judiciaires								
	Bathurst	Campbellton	Edmundston	Fredericton	Miramichi	Moncton	Saint John	Woodstock	Province
Natural/Morts naturelles	84	60	73	181	63	212	537	39	1,249
Accident	18	12	24	39	21	44	63	6	227
Suicide	11	12	11	18	5	20	18	4	99
Homicide	0	1	2	1	0	1	1	2	8
Undetermined/Décès d'origine inconnue	0	0	0	0	0	1	0	2	3
Total / Totaux	**113**	**85**	**110**	**239**	**89**	**278**	**619**	**53**	**1,586**
% of Provincial Total / % de cas par rapport au total provincial	7.1	5.4	6.9	15.1	5.6	17.5	39.0	3.3	100
Population	**82,191**	**35,791**	**44,854**	**131,026**	**51,007**	**193,179**	**173,068**	**40,268**	**751,384**
Death Rate per 100,000 population / Taux de mortalité par 100 000 habitants									
Natural/Morts naturelles	102.2	167.6	162.8	138.1	123.5	109.7	310.3	96.9	166.2
Accident	21.9	33.5	53.5	29.8	41.2	22.8	36.4	14.9	30.2
Suicide	13.4	33.5	24.5	13.7	9.8	10.4	10.4	9.9	13.2
Homicide	0.0	2.8	4.5	0.8	0.0	0.5	0.6	5.0	1.1
Total deaths by trauma (accident, suicide, homicide) / Total de décès par trauma (accident, suicide, homicide)	**29**	**25**	**37**	**58**	**26**	**65**	**82**	**12**	**334**
Rate per 100,000 population / Taux d'incidence par 100 000 habitants	35.3	69.8	82.5	44.3	51.0	33.6	47.4	29.8	44.5

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE B-1 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU B-1

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	4 0	2 0	2 0	2 0	1 2	2 0	1 2	14	4	18	8.0	10	6.1
Campbellton	1 0	1 0	1 0	0 1	1 2	0 2	0 3	4	8	12	5.3	5	3.1
Edmundston	0 0	5 0	3 1	3 1	6 0	2 0	2 1	21	3	24	10.6	22	13.5
Fredericton	2 2	2 0	3 0	7 0	2 1	2 2	11 5	29	10	39	17.3	25	15.3
Miramichi	0 1	4 0	0 0	3 1	4 0	3 2	3 0	17	4	21	9.3	17	10.4
Moncton	5 1	9 2	3 0	5 1	8 1	2 0	5 2	37	7	44	19.5	35	21.5
Saint John	2 0	2 2	8 4	9 2	6 2	3 3	9 11	39	24	62	27.4	44	27.0
Woodstock	0 0	1 0	1 0	1 0	0 0	2 0	0 1	5	1	6	2.7	5	3.1
Males / Hommes	14	26	21	30	28	16	31	166		227	100.0	164	100.0
% Total - Males/Hommes	6.2	11.5	9.3	13.2	12.3	7.0	13.7	73.1					
Females / Femmes	4	4	5	6	8	9	25		61				
% Total - Females/ Femmes	1.8	1.8	2.2	2.6	3.5	4.0	11.0		26.9				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	18	30	26	36	36	25	56						
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	7.9	13.2	11.5	15.9	15.9	11.0	24.7						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Drowning Open Water / Noyade – en eau libre	0 0	1 0	2 0	3 0	4 0	2 1	2 0	14	1	15	6.6	15	9.2
Drowning – Bathtub / Noyade – baignoire	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Drowning - Pond/Quarry / Noyade - étang/carrière	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	2	0	2	0.9	2	1.2
Drowning – Other = marsh, dam, etc. / Noyade – autre = marais, barrage, etc.	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Trauma of Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule	8 3	13 1	7 3	11 1	9 4	6 2	4 3	58	17	75	33.0	61	37.2
Trauma of Recreational Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule récréatif	0 0	3 0	6 0	2 1	4 1	0 0	0 0	15	2	17	7.5	15	9.2
Crushed and/or Buried / Écrasé et/ou enterré	0 0	1 0	1 0	0 0	2 0	0 0	0 0	4	0	4	1.8	4	2.4
Blunt Trauma, Accidental / Traumatisme dû à un objet contondant - accidentel	0 0	0 0	1 0	2 0	2 1	0 0	2 1	7	2	9	4.0	5	3.1

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Blunt Trauma / Traumatisme dû à un objet contondant	1 0	1 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	3	0	3	1.3	3	1.8
Fire – Structural / Incendie des bâtiments	1 1	0 0	0 0	1 0	0 0	1 0	0 0	3	1	4	1.8	4	2.4
Fire – Vehicle / Incendie de véhicule	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Burns - Heat / Brûlures - par la chaleur	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	0.4	0	0.0
Exposure to Cold / Hypothermie	0 0	1 0	0 0	1 1	1 0	0 0	0 0	3	1	4	1.8	4	2.4
Fall or jump – different level height; eg. bridge, building / Chute ou saut – à partir de hauteurs différentes, par ex. d'un pont, d'un bâtiment, etc.	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	3 1	4	1	5	2.2	2	1.2
Fall or jump – same level / Chute ou saut – à partir du sol	0 0	1 0	0 0	2 0	2 0	1 4	14 18	20	22	42	18.5	10	6.1
Object caught in throat / Objet obstruant la gorge et causant l'étouffement	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 1	2 0	2	2	4	1.8	0	0.0
Asphyxia / Asphyxie	1 0	0 0	0 0	0 1	1 0	1 0	1 0	4	1	5	2.2	5	3.1

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Aspiration / Aspiration	0 0	0 0	0 0	1 1	0 0	0 0	1 2	2	3	5	2.2	2	1.2
Carbon Monoxide Poisoning / Intoxication au monoxyde de carbone	0 0	1 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	1	2	0.9	2	1.2
Shooting - Rifle / Fusillade, carabine	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Alcohol Poisoning/ Intoxication par l'alcool	0 0	0 0	0 0	0 0	1 1	1 0	0 0	2	1	3	1.3	3	1.8
Alcohol and Drug / Combinaison drogue et alcool	0 0	2 0	0 0	3 0	0 0	1 0	0 0	6	0	6	2.6	6	3.7
Drug / Drogue	1 0	1 1	3 2	3 1	1 0	2 1	0 0	11	5	16	7.1	16	9.8
Allergic Reaction / Réaction allergique	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Males / Hommes	14	26	21	30	28	16	31	166		227	100.0	164	100.0
Females / Femmes	4	4	5	6	8	9	25		61				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	18	30	26	36	36	25	56						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F F	20 - 30 M H / F F	31 - 40 M H / F F	41 - 50 M H / F F	51 - 60 M H / F F	61 - 70 M H / F F	Over 70 / Plus de 70 M H / F F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Farming (includes non paid actual farming not recreation) / Agriculture (comprend le travail agricole non rénuméré et à des fins non récréatives)	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Factory, plant, warehouse (inside) / Manufacture, usine, entrepôt (à l'intérieur)	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Powerboating / Canot à moteur	0 0	0 0	1 0	0 0	1 0	0 0	0 0	2	0	2	0.9	1	0.6
Sailboating / Voilier	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Other non-powerboating (canoes, rafts) / Autres moyens de navigation non motorisés (canots, radeaux)	0 0	0 0	0 0	1 0	1 0	0 0	1 0	3	0	3	1.3	3	1.8
Outdoor Sports / Sports de plein air	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Scuba Diving (not snorkeling) / Plongée sous-marine (non plongée en apnée)	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Snowmobiling - anywhere off public road (driver) / Motoneige - n'importe ou hors d'une route publique (conducteur)	0 0	0 0	3 0	1 1	2 0	0 0	0 0	6	1	7	3.1	7	4.3
ATV - anywhere on public road (driver) - VTT - sur une route publique (conducteur)	0 0	2 0	1 0	1 0	2 0	0 0	0 0	6	0	6	2.6	4	2.4
ATV - anywhere on public road (passenger) / VTT - sur une route publique (passager)	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
ATV - anywhere off public road (driver) / VTT - n'importe ou hors d'une route publique (conducteur)	0 0	0 0	2 0	0 0	0 0	0 0	0 0	2	0	2	0.9	2	1.2
ATV - anywhere off public road (passenger) / VTT - n'importe ou hors d'une route publique (passager)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0	1	1	0.4	1	0.6
Commercial Fishing / Pêche commerciale	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Fishing / Pêche	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1 0	3	0	3	1.3	3	1.8
Other Work Place / Autre lieu de travail	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	3 1	1 0	3 1	10 3	5 1	6 3	12 9	40	18	58	25.6	38	23.2
Inside, other than residence (mall, tavern, restaurant) / À l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	3 0	4	0	4	1.8	2	1.2
Nursing Home / Foyers de soins	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	2 6	2	6	8	3.5	1	0.6
Unlicensed Residential Homes (retirement, rest, etc.) / Foyers sans permis (maison de retraite, de repos, autres)	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M F / H F	20 - 30 M F / H F	31 - 40 M F / H F	41 - 50 M F / H F	51 - 60 M F / H F	61 - 70 M F / H F	Over 70 / Plus de 70 M F / H F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Homes for Special Care / Foyer de soins spéciaux	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 2	0 1	0	4	4	1.6	3	1.8
Foster Home / Foyer d'accueil	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	0.4	0	0.0
Hotel - Motel / Hôtel - Motel	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Urban Outdoors - public place & other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	2 1	0 0	1 0	0 0	0 0	1 0	0 1	4	2	6	2.6	4	2.4
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiments ou des résidences)	0 0	4 1	0 0	1 1	3 0	0 1	1 0	9	3	12	5.3	12	7.3
Police Provincial Jail /Detention Centre / Prison provinciale/centre de détention	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Hospital Other (ward, ICU, etc.) / Autre services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	0 0	0 1	0 0	1 0	0 0	0 1	5 4	6	6	12	5.3	1	0.6

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Psychiatric Hospital / Hôpital psychiatrique	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	1 0	0 0	1	1	2	0.9	1	0.6
Railway Worker, Employee of Railroad / Travailleur du rail, cheminot	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Railway - Not on board (crossing tracks, trespasser) / Voie ferrée - non-passager (traverser voie, intrus)	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Public Road - driver / Route publique - conducteur	3 0	7 0	6 0	9 0	6 1	4 1	2 2	37	4	41	18.1	40	24.4
Public Road - passenger / Route publique - passager	3 1	7 1	1 2	2 1	1 4	1 1	0 1	15	11	26	11.5	17	10.4
Public Road - motorcycle driver / Route publique - motocycliste	1 0	0 0	1 0	2 0	1 0	0 0	0 0	5	0	5	2.2	5	3.1
Public Road – motorcycle passenger / Route publique – passager sur une motocyclette	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	0	0.0

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Public Road - pedestrian / Route publique - piéton	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	1 0	4 1	5	2	7	3.1	4	2.4
Public Road - bicycle (not motorized vehicle) / Route publique - vélo (non motorisé)	0 1	0 0	0 0	0 0	2 0	0 0	0 0	2	1	3	1.3	2	1.2
Males / Hommes	14	26	21	30	28	18	31	166		227	100.0	164	100.0
Females / Femmes	4	4	5	6	8	9	25		61				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	18	30	26	36	36	25	56						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE C-1 / SUICIDE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU C-1

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	0 0	3 0	1 0	3 1	0 1	1 1	0 0	8	3	11	11.1	6	6.7
Campbellton	0 0	2 0	2 0	2 0	2 3	0 0	1 0	9	3	12	12.1	10	11.2
Edmundston	0 0	2 0	1 1	4 0	0 0	1 0	2 0	10	1	11	11.1	11	12.4
Fredericton	1 0	2 1	4 1	4 0	3 0	1 0	1 0	16	2	18	18.2	18	20.0
Miramichi	0 0	0 0	1 0	1 0	2 0	1 0	0 0	5	0	5	5.1	5	5.6
Moncton	0 0	7 0	4 0	4 3	1 1	0 0	0 0	16	4	20	20.2	18	20.2
Saint John	1 0	2 0	1 1	3 1	3 2	2 0	2 0	14	4	18	18.2	17	19.1
Woodstock	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	2 0	1 0	4	0	4	4.0	4	4.5
Males / Hommes	2	18	14	21	12	8	7	82		99	100.0	89	100.0
% Total - Males/Hommes	2.0	18.2	14.1	21.2	12.1	8.1	7.1	82.8					
Females / Femmes	0	1	3	5	7	1	0		17				
% Total - Females/ Femmes	0.0	1.0	3.0	5.1	7.1	1.0	0.0		17.2				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	2	19	17	26	19	9	7						
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	2.0	19.2	17.2	26.3	19.2	9.1	7.1						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE C-2 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU C-2

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M F / H F	20 - 30 M F / H F	31 - 40 M F / H F	41 - 50 M F / H F	51 - 60 M F / H F	61 - 70 M F / H F	Over 70 / Plus de 70 M F / H F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Hanging / Pendaison	1 0	8 1	7 0	7 1	4 1	0 0	0 0	27	3	30	30.3	29	32.6
Cuts, Stabs / Coupures, coups de poignard	0 0	1 0	0 0	1 0	1 0	0 0	0 0	3	0	3	3.0	3	3.4
Trauma of Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule	0 0	1 0	0 0	0 1	0 1	0 0	0 0	1	2	3	3.0	3	3.4
Carbon Monoxide Poisoning / Intoxication au monoxyde de carbone	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	2 0	0 0	3	0	3	3.0	3	3.4
Shooting - Rifle / Fusillade, carabine	0 0	2 0	2 0	1 1	1 0	2 0	2 0	10	1	11	11.1	9	10.1
Shooting - Shotgun / Fusillade, fusil de chasse	1 0	2 0	2 0	1 0	2 0	2 0	1 0	11	0	11	11.1	9	10.1
Shooting - Handgun / Fusillade, arme de poing	0 0	0 0	1 0	3 0	1 0	0 0	1 0	6	0	6	6.1	6	6.7
Fall or jump - different level height; eg. bridge, building / Chute ou saut - à partir de hauteurs différentes, par ex. d'un pont, d'un bâtiment, etc.	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.0	1	1.1

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE C-2 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU C-2

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Drug / Drogue	0 0	0 0	2 2	6 1	1 5	0 0	2 0	11	8	19	19.2	15	16.9
Alcohol & Drug / Combinaison drogue et alcool	0 0	1 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	1	1	2	2.0	2	2.3
Poison or Solvent / Poison ou solvant	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	1.0	1	1.1
Blunt Trauma / Traumatisme dû à un objet contondant	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0	1	1	1.0	1	1.1
Drowning Open Water / Noyade - en eau libre	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 1	1 0	2	1	3	3.0	2	2.3
Fire - Structural / Icendie de bâtiments	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.0	1	1.1
Asphyxia / Asphyxie	0 0	2 0	0 0	0 0	2 0	0 0	0 0	4	0	4	4.0	4	4.5
Males / Hommes	2	18	14	21	12	8	7	82		99	100.0	89	100.0
Females / Femmes	0	1	3	5	7	1	0		17				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	2	19	17	26	19	9	7						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE C-3 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F F	20 - 30 M H / F F	31 - 40 M H / F F	41 - 50 M H / F F	51 - 60 M H / F F	61 - 70 M H / F F	Over 70 / Plus de 70 M H / F F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Custody Federal Institution / Garde dans un établissement fédéral	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	1.0	1	1.1
Police Provincial Jail/Detention Centre / Prison provinciale/centre de détention	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.0	1	1.1
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	1 0	15 1	11 3	15 3	7 6	4 0	5 0	58	13	71	71.7	63	70.8
Inside, other than residence (mall, tavern, restaurant) / À l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	0 0	0 0	0 0	1 0	2 0	0 0	0 0	3	0	3	3.0	3	3.4
Urban Outdoors - public place and other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0 0	1 0	0 0	3 0	0 0	0 0	1 0	5	0	5	5.1	5	5.6

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE C-3 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3
from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiments ou des résidences)	1 0	1 0	1 0	2 0	2 0	3 0	1 0	11	0	11	11.1	10	11.2
Public Road – driver / Route publique - conducteur	0 0	1 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	1	1	2	2.0	2	2.3
Railway - not on board (crossing tracks, trespasser) / Voie ferrée - non-passager (traverser voie, intrus)	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0	1	1	1.0	1	1.1
Railway crossing - vehicle / Passage à niveau - véhicule	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0	1	1	1.0	1	1.1
Died out of Province / Décès survenu à l'extérieur de la province	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0	1	1	1.0	1	1.1
Inside vehicle / Dans un véhicule	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1 0	0 0	2	0	2	2.0	1	1.1
Males / Hommes	2	18	14	21	12	8	7	82		99	100.0	89	100.0
Females / Femmes	0	1	3	5	7	1	0		17				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	25	19	17	26	19	9	7						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE D-1 / HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU D-1

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H	0 - 19 F / F	20 - 30 M H	20 - 30 F / F	31 - 40 M H	31 - 40 F / F	41 - 50 M H	41 - 50 F / F	51 - 60 M H	51 - 60 F / F	61 - 70 M H	61 - 70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Campbellton	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	12.5	1	12.5
Edmundston	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	25.0	2	25.0
Fredericton	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	12.5	1	12.5
Moncton	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	12.5	1	12.5
Saint John	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	12.5	1	12.5
Woodstock	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	25.0	2	25.0
Males / Hommes	0		0		2		1		0		0		0		3					
% Total - Males/Hommes	0.0		0.0		25.0		12.5		0.0		0.0		0.0		37.5		8	100.0	8	100.0
Females / Femmes	3		0		1		0		0		0		1			5				
% Total - Females/ Femmes	37.5		0.0		12.5		0.0		0.0		0.0		12.5			62.5				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	3		0		3		1		0		0		1							
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	37.5		0.0		37.5		12.5		0.0		0.0		12.5							

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE D-2 / HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU D-2

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Child Abuse / Enfant victime de mauvais traitements	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	12.5	1	12.5
Blunt Trauma / Traumatisme dû à un objet contondant	0 2	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	2	3	37.5	3	37.5
Shooting – Shotgun / Fusillade, fusil de chasse	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	12.5	1	12.5
Shooting – Handgun / Fusillade, arme de poing	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	12.5	1	12.5
Suffocation / Suffocation	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0	1	1	12.5	1	12.5
Cuts, Stabs / Coupures, coups de poignard	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	12.5	1	12.5
Males / Hommes	0	0	2	1	0	0	0	3		8	100.0	8	100.0
Females / Femmes	3	0	1	0	0	0	1		5				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	3	0	3	1	1	0	1						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE D-3 / HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU D-3

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H F/ F	20 - 30 M H F/ F	31 - 40 M H F/ F	41 - 50 M H F/ F	51 - 60 M H F/ F	61 - 70 M H F/ F	Over 70 / Plus de 70 M H F/ F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Living Inside, Residence or on Property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	0 3	0 0	1 0	1 0	0 0	0 0	0 1	2	4	6	75.0	6	75.0
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / A l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiments ou des résidences)	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	12.5	1	12.5
Urban Outdoors - public place and other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	12.5	1	12.5
Males / Hommes	0	0	2	1	0	0	0	3		8	100.0	8	100.0
Females / Femmes	3	0	1	0	0	0	1		5				
Total for Age Group / Total par groupe d'âg	3	0	3	1	0	0	1						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE E-1 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU E-1

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	1 0	0 1	2 0	6 1	11 7	7 7	23 18	50	34	84	6.7	31	7.4
Campbellton	0 0	0 0	0 0	4 0	7 3	11 4	21 10	43	17	60	4.8	15	3.6
Edmundston	0 0	0 0	1 0	5 0	4 3	14 6	15 25	39	34	73	5.8	25	6.0
Fredericton	2 2	1 0	2 3	12 3	17 6	19 15	47 52	100	81	181	14.5	66	15.8
Miramichi	0 0	0 0	0 1	8 1	8 3	8 6	21 7	45	18	63	5.0	24	5.7
Moncton	2 1	0 1	2 1	8 3	26 6	34 15	62 51	134	78	212	17.0	73	17.5
Saint John	4 2	2 2	7 5	23 7	47 23	68 32	143 172	294	243	537	43.0	175	41.9
Woodstock	1 0	0 0	0 1	1 0	4 2	5 5	11 9	22	17	39	3.1	9	2.2
Males / Hommes	10	3	14	67	124	166	343	727					
% Total - Males/Hommes	0.8	0.2	1.1	5.4	9.9	13.3	27.5	58.2					
Females / Femmes	5	4	11	15	53	90	344		522	1,249	100.0	418	100.0
% Total - Females/ Femmes	0.4	0.3	0.9	1.2	4.2	7.2	27.5		41.8				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	15	7	25	82	177	256	687						
% of Classification Total / % pour total de la	1.2	0.6	2.0	6.6	14.2	20.5	55.0						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE E-2 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU E-2

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Natural Disease / Décès naturel à la suite de maladie	9 4	3 3	14 10	67 15	124 52	165 90	342 343	724	517	1,241	99.4	413	98.8
Asphyxia / Asphyxie	1 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	1	1	2	0.2	1	0.2
Infectious Disease / Maladie infectieuse	0 0	0 1	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0	2	2	0.2	1	0.2
Live Brith (1 day) / Bébé ayant vécu moins d'une journée	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	0.1	1	0.2
Malnutrition / Malnutrition	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0	1	1	0.1	0	0.0
Medical Device / Instrument médical	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.2
No Anatomical Cause / Aucune cause anatomique	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1	0	1	0.1	1	0.2
Males / Hommes	10	3	14	67	124	166	343	727		1,249	100.0	418	100.0
Females / Femmes	5	4	11	15	53	90	344		522				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	15	7	25	82	177	256	687						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Factory, Plant, Warehouse (inside) / Manufacture, usine, entrepôt (à l'intérieur)	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1 0	0 0	2	0	2	0.2	2	0.5
Factory, Plant, Warehouse (outside) / Manufacture, usine, entrepôt (à l'extérieur)	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	0	0.0
Construction / Chantier de construction	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.2
Service Station, Mechanic Garage / Station-service, garage	0 0	0 0	0 0	1 0	1 0	0 0	0 0	2	0	2	0.2	2	0.5
Commercial Fishing / Pêche commerciale	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.2
Other Work Place / Autre lieu de travail	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0	1	1	0.1	1	0.2
Nursing Home / Foyers de soins	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 2	20 53	21	55	76	6.1	9	2.2
Homes for Special Care / Foyer de soins spéciaux	0 0	0 0	0 0	1 0	1 2	2 1	7 23	11	26	37	3.0	5	1.2

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 /
MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 – 19 M H / F	20 – 30 M H / F	31 – 40 M H / F	41 – 50 M H / F	51 – 60 M H / F	61 – 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Unlicensed Residential Homes (retirement, rest, etc.) / Foyers sans permis (maison de retraite, de repos, autres)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0	1	1	0.1	0	0.0
Rooming/Boarding House/Halfway Home/ Group Home / Chambre louée/maison de pension/maison de transition/foyer de groupe	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1	0	1	0.1	0	0.0
Community Residence / Établissement résidentiel communautaire	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 2	1	2	3	0.2	0	0.0
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	4 1	2 2	11 8	51 10	82 33	106 57	211 193	467	304	771	61.7	296	70.8
Inside, other than residence (mall, tavern, restaurant) / À l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	0 0	0 0	0 0	2 0	2 1	3 2	6 0	13	3	16	1.3	6	1.4

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M F / H F	20 - 30 M F / H F	31 - 40 M F / H F	41 - 50 M F / H F	51 - 60 M F / H F	61 - 70 M F / H F	Over 70 / Plus de 70 M F / H F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Hotel/Motel / Hôtel/Motel	0 0	0 0	0 0	0 1	1 1	0 1	1 0	2	3	5	0.4	1	0.2
Hospital Emergency - DOA / Salle d'urgence - victime morte à l'arrivée	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 2	0	2	2	0.2	1	0.2
Hospital Emergency NON DOA / Salle d'urgence - victime vivante à l'arrivée	1 1	0 0	0 0	0 0	1 0	4 1	3 7	9	9	18	1.4	2	0.5
Hospital Operating Room / Salle d'opération	1 0	0 0	0 0	0 0	1 0	5 3	1 1	8	4	12	1.0	4	1.0
Hospital Post Op (recovery room) / Salle de réveil	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 1	1 4	2	5	7	0.6	2	0.5
Hospital Other (ward, ICU, etc.) / Autres services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	3 2	1 1	2 3	7 3	16 14	28 20	73 54	130	97	227	18.2	51	12.2
Hospital – Chronic Care / Hôpital – unité pour maladies chroniques	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	1 0	1 1	2	2	4	0.3	1	0.2
Hospital - For Pronouncement / Hôpital (pour la constatation du décès	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0	1	1	0.1	0	0.0

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M F / H F	20 - 30 M F / H F	31 - 40 M F / H F	41 - 50 M F / H F	51 - 60 M F / H F	61 - 70 M F / H F	Over 70 / Plus de 70 M F / H F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Psychiatric Hospital / Hôpital psychiatrique	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	1 0	1 0	2	1	3	0.2	0	0.0
School - Pupil (not employee) / École - élève (pas un employé)	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	0.1	1	0.2
Custody Federal Institution / Garde dans un établissement fédéral	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	0.1	0	0.0
Gymnasium/Health Club / Gymnastique /club de conditionnement physique	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.2
Aircraft / Avion	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0	1	1	0.1	0	0.0
Inside vehicle / Dans un véhicule	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	3 0	3	0	3	0.2	1	0.2
Camping/Tenting / Camping	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1	0	1	0.1	0	0.0
Tree Cutting - Private / Coupe des arbres - privée	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1 0	2	0	2	0.2	1	0.2

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M F / H F	20 - 30 M F / H F	31 - 40 M F / H F	41 - 50 M F / H F	51 - 60 M F / H F	61 - 70 M F / H F	Over 70 / Plus de 70 M F / H F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % per Catégorie	Autopsies	% of Classification % per Catégorie
Urban outdoors - public place & other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0 0	0 0	1 0	1 0	8 0	5 0	4 0	17	0	17	1.4	11	2.8
Rural outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiment ou des résidences)	0 0	0 0	0 0	0 0	4 0	0 0	1 0	5	0	5	0.4	4	1.0
Off Road Motorcycling (motocross, dirt bike, ATV, etc.) / Motocyclisme hors-piste (moto-cross, moto hors route, VTT)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	0.1	0	0.0
Snowmobiling - anywhere off public road (driver) / Motoneige - n'importe ou hors d'une route publique (conducteur)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	0.1	0	0.0
ATV - anywhere on public road (driver) / VTT - sur une route publique (conducteur)	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	0	0.0

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Public Road (driver) / Route publique (conducteur)	0 0	0 0	0 0	0 0	3 1	1 1	3 1	7	3	10	0.8	9	2.2
Public Road (passenger) / Route publique (passager)	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	3 0	2 1	6	1	7	0.6	2	0.5
Public Road (pedestrian) / Route publique (piéton)	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1 0	2	0	2	0.2	1	0.2
Public Road - bicycle (not motorized vehicle) / Route publique - vélo (non motorisé)	1 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	2	0	2	0.2	2	0.5
Public Transit (bus, train, etc.) / Transport public (autobus, train, etc.)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	0.1	0	0.0
Males / Hommes	10	3	14	67	124	166	343	727		1,249	100.0	418	100.0
Females / Femmes	5	4	11	15	53	90	344		522				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	15	7	25	82	177	256	687						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
UNDETERMINED DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE F-1 / DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU F-1

rom/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Moncton	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	33.3	1	33.3
Woodstock	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 1	0 0	1	1	2	66.7	2	66.7
Males / Hommes	0	1	0	0	0	1	0	2					
% Total - Males/Hommes	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	66.7		3	100.0	3	100.0
Females / Femmes	0	0	0	0	0	1	0		1				
% Total - Females/ Femmes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0		33.3				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	0	1	0	0	0	2	0						
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	66.7	0.0						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
UNDETERMINED DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE F-2 / DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU F-2

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Fire - Structural / Incendie des bâtiments	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 1	0 0	1	1	2	66.7	2	66.7
No Anatomical Cause / Aucune cause anatomique	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	33.3	1	33.3
Males / Hommes	0	1	0	0	0	1	0	2		3	100.0	3	100.0
Females / Femmes	0	0	0	0	0	1	0		1				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	0	1	0	0	0	2	0						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
UNDETERMINED DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE F-3 / DÉCÈS D'ORIGINE INCONNUE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU F-3

from/de 2004.04.01 / to/au 2005.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1 1	0 0	2	1	3	100.0	3	100.0
Males / Hommes	0	1	0	0	0	1	0	2		3	100.0	3	100.0
Females / Femmes	0	0	0	0	0	1	0		1				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	0	1	0	0	0	2	0						

Schedule F

Undetermined Deaths
(Means of death impossible to determine)

There were three deaths classified as Undetermined.

One was in the Moncton Judicial District

Case #1

Death Factor: Undetermined
Environment: Living inside residence
Age Group: 20- 30
Sex: Male
An autopsy was performed.

Two were in the Woodstock Judicial District

Case #1

Death Factor: Fire - Carbon Monoxide poisoning
Environment: Living inside residence
Age Group: 61 - 70
Sex: Female
An autoopsy was performed.

Case #2

Death Factor: Fire - Carbon Monoxide poisoning
Environment: Living inside residence
Age Group: 61 - 70
Sex: Male
An autoopsy was performed.

Tableau F

Décès d'origine inconnue
(Moyen de décès impossible à déterminer)

Trois décès ont été classés dans la catégorie de décès d'origine inconnue.

Un décès est survenu dans la circonscription judiciaire de Moncton :

Premier cas

Facteur de mortalité : Inconnue
Lieu : Dans une résidence
Groupe d'âge : 20 - 30
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Deux décès sont survenus dans la circonscription judiciaire de Woodstock

Premier cas

Facteur de mortalité : Incendie - intoxication oxycarbonée
Lieu : Dans une résidence
Groupe d'âge : 61 - 70
Sexe : Femme
Une autopsie a été pratiquée.

Deuxième cas

Facteur de mortalité : Incendie - intoxication oxycarbonée
Lieu : Dans une résidence
Groupe d'âge : 61 - 70
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Summary of Inquests and Recommendations

Three inquests were held during the reporting period. This report mentions the replies received by the Office of the Chief Coroner as of early December, in response to the recommendations on inquests conducted in 2004/05.

Inquest No. 1 - Henri Clavette

An inquest was held from April 19-21, 2004 at Edmundston, New Brunswick into the death of this 89 year old male who died on August 1, 2000. He had been an active man who lived alone but suffered a fall at his residence. Following his initial period of hospitalization, his treatment focussed on blood pressure problems and pain control. He was moved to the Rehabilitation Unit where he remained until the time of his death.

The inquest heard from a number of professionals involved in his care, and heard testimony on their communication with each other, with the family and the decision making processes that determined the care he received. Testimony at the inquest focused on the knowledge of pain control methods and the extent of patient charting and monitoring once a patient is moved to the Rehabilitation Unit. The case demonstrated the particular challenges of dealing with elderly patients whose condition may rapidly decline, even though they are usually agile and independent.

The jury made five recommendations and the Presiding Coroner made an additional five recommendations.

Résumé des enquêtes et des recommandations

Trois enquêtes ont été tenues au cours de la période couverte par ce rapport. On y trouve les réponses reçues par le Bureau du coroner au début décembre 2004 relativement aux recommandations effectuées lors des enquêtes menées au cours des années 2004 et 2005.

Première enquête - Henri Clavette

Une enquête a eu lieu du 19 au 21 avril 2004 à Edmundston, au Nouveau-Brunswick, sur la mort d'un homme de 89 ans décédé le 1er août 2000. Cet homme actif vivait seul et a fait une chute à sa résidence. Il a été hospitalisé et son traitement médical initial visait principalement à contrôler sa tension artérielle et sa douleur. Il a ensuite été transféré à l'unité de réadaptation, où il est décédé.

Au cours de l'enquête, un certain nombre de professionnels qui lui ont fourni des soins ont témoigné sur les renseignements qu'ils se sont communiqués entre eux et qu'ils ont communiqués aux membres de la famille, ainsi que sur le processus décisionnel qui a mené à l'élaboration de son traitement. Les témoignages ont surtout porté sur les connaissances en matière de maîtrise de la douleur et l'étendue de la consignation des renseignements au dossier et de la surveillance d'un patient après son transfert à l'unité de réadaptation. L'enquête a permis de déterminer les défis particuliers à relever lorsqu'on fait affaire avec un patient âgé dont l'état de santé se détériore rapidement après avoir été précédemment de nature agile et autonome.

Le jury a formulé cinq recommandations, et le coroner enquêteur en a formulé cinq autres.

Inquest No. 1 - Henri Clavette continued

Recommendations of the Jury:

1. Try to reduce the delay in conducting more thorough tests when there is no improvement.

2. Try to be more attentive to the observations of family members.

3. On the rehabilitation unit, try to take vital signs more frequently in accordance with the patient's age and history.

4. Re-evaluate the workload.

5. Complete forms satisfactorily (Pain Scale Assessment, Multidisciplinary Consultation form) and enter these documents in the patient's file.

Recommendations of the Presiding Coroner:

1. Establish a protocol for reacting to vital signs with special emphasis on actions to be taken when the signs are below a clearly established minimum.

2. Because the risk of rapid deterioration increases with age, minimize delays in providing care for older patients in order to improve their chances of returning to an independent lifestyle.

3. Clearly establish which member of the medical staff involved with a patient should be responsible for communicating any change in the treatment plan to the patient and/or the family (in accordance with the patient's wishes).

Première enquête - Henri Clavette (suite)

Recommandations du jury :

1. Essayer de reduire de lélai pour effecuer des testa plus approfondis lorsqui il n'y a pas d'amlioration.

2. Essayer d'être plus attentif aux observations des membres de la famille.

3. Essayer dans l'unité des soins de réadoptation de prendre les signes vitaux plus fr »equemement selon l'âge du patient et ses antecédants.

4. Recommande une reevaluation des charges de travail.

5. Recommande de compléter les formulaires adéquatement (échelle de douleur, formulaire de la rencontre multi-disciplimaire) et do les mettres dans le dossier du patient.

Recommandations du coroner enquêteur :

1. Établir un protocole de réaction aux signes vitaux avec un accent particulier sur les actions à prendre lorsque ceux-ci sont en bas d'un seuil minimum clairement établi.

2. Puisque les risques de détérioration rapide augmentent avec l'âge du patient, que les délais dans l'attribution des soins soient resserrés pour les patients plus âgés afin d'augmenter leur chances d'un retour à l'autonomie.

3. Parmi les intervenants impliqués auprès d'un patient, établi clairement qui est responsible de signaler au patient et/ou à sa famille (selon le désir du patient), tout modification du plan de traitement.

Inquest No. 1 - Henri Clavette continued

4. Improve the recording system for the various medical notes in order to include in the medical file all communications regarding the patient's hospitalization.

5. Ask the family to notify the medical staff of any change in the patient's condition that could be of use in re-evaluating treatment.

The recommendations were forwarded to the Minister of Health & Wellness who advised that staff will review them and ensure that they are shared with all Regional Health Authorities in the province.

Inquest No. 2 - Bruce Mailman

An inquest was held on May 3-7, 2004 at Saint John, New Brunswick into the death of this 28 year old male who died on October 24, 2003. He was detained by the Saint John Police Force under the authority of the *Intoxicated Persons Detention Act* and while he was in their care and supervision died as a result of drug toxicity secondary to opiate overdose. The inquest testimony centered on two main themes: (1) the nature and type of supervision when individuals are detained by police and (2) the use and abuse of prescription drugs.

Testimony confirmed that the Saint John Police Force detained 1,038 persons under the *Intoxicated Persons Detention Act* from January 7, 2003 to January 27, 2004 and an additional 1,045 were arrested and remanded. Witnesses explained how detainees are handled and confirmed that two searches are required regardless of whether the person is a detainee or arrested. The arresting

Première enquête - Henri Clavette (suite)

4. Améliorer le système de "double tenue de livres » pour les notes médicales diverses afin d'intégrer au dossier médical d'un patient toutes les communications ayant trait à son hospitalisation.

5. Inviter la famille à signaler au personnel médical tout changement dans l'état du patient qui pourrait servir à r'evaluer son traitement.

Les recommandations ont été acheminées au ministre de la Santé et du Mieux-être. Ce dernier a indiqué que des membres du personnel du ministère les passeraient en revue et s'assureraient qu'elles soient communiquées à toutes les régies régionales de la santé de la province.

Deuxième enquête - Bruce Mailman

Une enquête a eu lieu du 3 au 7 mai 2004 à Saint-Jean, au Nouveau-Brunswick, concernant la mort d'un homme de 28 ans survenue le 24 octobre 2003. Il avait été mis sous garde par le service de police de Saint-Jean conformément à la *Loi sur la détention des personnes en état d'ivresse*. Alors qu'il était sous la garde et la surveillance du service de police, il est mort d'une intoxication résultant d'une surdose d'opiacés. Les témoignages entendus au cours de l'enquête ont porté sur deux thèmes principaux, soit la nature et le type de surveillance des personnes mises sous garde par un service de police, ainsi que l'utilisation et l'abus de médicaments de prescription.

Selon les témoignages fournis, le service de police de Saint-Jean a mis sous garde 1 038 personnes en vertu de la *Loi sur la détention des personnes en état d'ivresse* entre le 7 janvier 2003 et le 27 janvier 2004. Le service de police a également arrêté et mis sous garde 1 045 autres personnes. Des témoins ont expliqué la façon dont sont traitées les personnes qui sont mises sous garde. Ils ont confirmé qu'il

Inquest No. 2 - Bruce Mailman continued

officer is responsible for search and requirements of the search are set out in legislation and procedures. While staff is trained and aware of this requirement, on-going training and supervision is necessary.

The jury heard evidence from the police officers concerning their policy and procedures and management of the detention area. The decision on whether or not to detain, and the search of the detainee, is the responsibility of uniformed police officers. Supervision of detainees once in the cell was contracted to a private security firm. Testimony outlined that once the person is placed in the cell, the supervision of the detainee is done by the private security guard.

Witnesses explained the purpose of detaining intoxicated individuals and acknowledged that currently there are no tools used to assess the level and source of intoxication, except observation and experience. Evidence was also given that during the search process, a bottle of Oxazepam was not identified and documented but when personal property was seized this bottle was among the possessions.

The jury heard evidence on how the video cameras in the cells work and how the video evidence was recorded. Cameras allow ongoing monitoring between visual and in person checks. Camera records movement - otherwise they don't repeat recording of frames. However, even if there is movement on all 9 cameras, it will record movement from all 9.

Deuxième enquête - Bruce Mailman (suite)

faut effectuer deux fouilles, peu importe si la personne est mise en état d'arrestation ou mise sous garde. L'agent procédant à l'arrestation a la responsabilité d'effectuer la fouille et les exigences connexes sont réglementées par des directives et des mesures législatives. Bien que les membres du personnel reçoivent une formation à cet égard et sont au courant des exigences à respecter, une formation et une surveillance continues sont nécessaires.

Le jury a entendu le témoignage d'agents de police au sujet des directives et des modalités, ainsi que de la gestion de la zone de détention. La décision de mettre ou non une personne sous garde et la fouille de cette dernière relèvent d'agents de police en uniforme. Une fois que la personne est placée dans la cellule de détention, les services de surveillance sont sous-traités à une entreprise de sécurité du secteur privé. D'après les témoignages, un gardien de sécurité privé assure la surveillance de la personne mise sous garde une fois que cette dernière est placée dans la cellule.

Des témoins ont expliqué les raisons pour lesquelles des personnes en état d'ivresse sont mises sous garde et ont admis qu'il n'existe pas d'outil à l'heure actuelle pour évaluer le degré et la source de l'intoxication, sauf l'observation et l'expérience. Les témoignages ont également permis de déterminer qu'un contenant d'oxazépam n'a pas été identifié ni documenté au cours de la fouille, mais qu'il se trouvait parmi les effets personnels confisqués de l'homme en question.

Le jury a entendu des témoignages sur le fonctionnement des caméras dans les cellules et sur l'enregistrement vidéo. Les caméras, en plus des vérifications visuelles et en personne, permettent d'assurer une surveillance permanente. Les caméras enregistrent les mouvements. Elles n'enregistrent pas les images fixes répétitives. Cependant, si les neuf caméras détectent des mouvements, ces derniers seront enregistrés sur les neuf caméras.

Inquest No. 2 - Bruce Mailman continued

The testimony on the problem of prescription drug abuse demonstrated the difficulties for physicians in balancing the treatment of pain and the treatment of addictions. Experts testified about the importance of a thorough social history and multi-disciplinary approach to treatment of pain, the need for monitoring, the use of treatment contracts and the need for thorough documentation on the treatment plan.

Testimony from medical experts explained that using opiates and benzodiazepines can have a synergistic effect. These classes of drugs depress the central nervous system and if abused can shut down the brain and the capacity to breathe. Experts explained that slow release types of hydromorphone (Hydromorph contin) are just as potent as the fast acting type (Dilaudid) when abused. By crushing and snorting or injecting these slow acting drugs, the impact is no longer slow release, but is converted to a short-acting drug that goes immediately to the brain.

Experts pointed out that an individual impaired by drugs would become less alert with time, not more aware as with alcohol. Experts recommended that the police consider body position in intoxicated detainees and advocated a left lateral position (on the side) as the best neutral position to sustain breathing and prevent aspiration of stomach contents.

Deuxième enquête - Bruce Mailman (suite)

Les témoignages sur le problème d'abus des médicaments de prescription a démontré à quel point il est difficile pour les médecins de trouver un équilibre entre le traitement de la douleur et le traitement des dépendances. Des experts ont souligné l'importance d'adopter une approche multidisciplinaire axée sur les antécédents sociaux pour le traitement de la douleur, de surveiller les progrès de près, de se servir de contrats de traitement et de documenter en détail le plan de traitement.

Des experts en médecine ont expliqué que l'usage d'opiacés et de benzodiazépines peut avoir des effets synergiques. Ce type de médicament ralentit le système nerveux central et une consommation excessive peut causer un arrêt des fonctions cérébrales et de la capacité de respirer. Des spécialistes ont expliqué que les hydromorphones à résorption lente (Hydromorph contin) sont tout aussi puissantes que celles à résorption rapide (Dilaudid) lorsqu'on les consomme de façon excessive. Lorsque que les médicaments à résorption lente sont broyés et qu'on en respire la poudre, ou lorsqu'on les injecte, ils ne sont plus libérés lentement. Ils se convertissent en drogue à résorption rapide qui se rend immédiatement au cerveau.

Des experts ont souligné que l'esprit d'une personne dont les facultés sont affaiblies par la drogue devient de moins en moins alerte avec le temps, et non le contraire, comme c'est le cas avec l'alcool. Ils ont recommandé aux services de police de coucher sur le côté gauche les personnes en état d'ivresse qui sont mises sous garde, puisque cette position neutre favorise la respiration et prévient l'inhalation du contenu de l'estomac.

Inquest No. 2 - Bruce Mailman continued

Recommendations of the Jury:

1. Re-implement {the} Drug Utilization Review form as issued by {the} N.B. Prescription Drug Program, with copies to {the} College {of} Physicians and Surgeons

2. That "Treatment Contracts" between physicians and patients for opiate drug use be endorsed and encouraged by the College of Physicians and Surgeons

3. That further education and training on the prescribing of opiate drugs be endorsed and encouraged by the College of Physicians and Surgeons

4. Lobby the appropriate bodies for funds for the establishment of a Methadone Clinic in Saint John as well as Oxycontin Information sessions at Health Centres or Schools for young people

5. Reinstate {the} position of Narcotics Inspector to facilitate the sharing of information regarding the dispensing of opiates

6. Implement {a} Central Reporting System for {the} benefit of Pharmacists of Opiate Prescription Drugs to help red flag potential abusers

Deuxième enquête - Bruce Mailman (suite)

Recommandations du jury :

1. Que le formulaire de révision de l'utilisation des médicaments qui était émis dans le cadre du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick soit rétabli et que des copies de ces documents soient transmises au Collège des médecins et des chirurgiens du Nouveau-Brunswick.

2. Que l'établissement de « contrats de traitement » entre le médecin et le patient soit reconnu et encouragé par le Collège des médecins et des chirurgiens du Nouveau-Brunswick.

3. Qu'une formation additionnelle relative à la prescription d'opiacés soit reconnue et encouragée par le Collège des médecins et des chirurgiens du Nouveau-Brunswick.

4. Qu'on fasse pression auprès des organismes appropriés afin de réunir les fonds nécessaires pour l'établissement d'une clinique de méthadone à Saint-Jean ainsi qu'à la prestation de séances d'information sur l'oxycontin à l'intention des jeunes dans les cliniques et les écoles.

5. Qu'on rétablisse le poste d'inspecteur aux narcotiques afin de faciliter la transmission d'information relative à la prescription d'opiacés

6. Qu'on instaure un registre central des ordonnances d'opiacés à l'usage des pharmaciens afin de faciliter le dépistage des abuseurs potentiels

Inquest No. 2 - Bruce Mailman continued

7. Lobby pharmaceutical companies to vigorously pursue the development of non-abuseable drugs which could replace some abuseable drugs

8. That the Saint John Police Department implement those programs and procedures that will ensure proper training and upgrading of training of its officers and Detention Support Staff regarding Drug Awareness, Drug Recognition, Care and Control of Prisoners and Emergency Procedures

9. That a two person system in Detention Area be adopted to enable one person to do paperwork, monitor cameras and doors, security checks and routine duties, while {the} second person handles actual Booking Area as pertains to booking, searching and accompanying prisoners to cells

10. That some type of buzzer or timing device be installed, indicating when {the} next prisoner check is due

11. That EMT's be called if arresting officer is not sure detainee is intoxicated or under the influence of drugs

12. Revisions of Booking Sheet to indicate detainee was searched. Such sheet to be initialed by arresting officers, detention guard and station supervisor

Deuxième enquête - Bruce Mailman (suite)

7. Qu'on fasse pression sur les sociétés pharmaceutiques afin qu'elles mettent au point des médicaments dont on ne peut pas abuser afin de remplacer certains des médicaments actuels

8. Que le service de police de Saint-Jean mette en place les programmes et les modalités nécessaires à la formation initiale et continue de ses agents et du personnel des services de détention concernant les drogues, le dépistage des drogues, les soins et la maîtrise des prisonniers ainsi que les mesures d'urgence.

9. Qu'on instaure un système de surveillance à deux personnes dans la zone de détention. Une personne sera responsable de remplir les documents, de surveiller les caméras et les portes, d'effectuer les rondes de surveillance et les autres tâches routinières tandis que l'autre personne se chargera de l'inscription des prisonniers, des fouilles et de l'accompagnement des prisonniers à leur cellule.

10. Qu'on installe une minuterie ou un dispositif sonore pour signaler le moment d'effectuer les rondes de surveillance auprès des prisonniers.

11. Qu'on appelle un technicien d'urgence médicale (TUM) si l'agent qui a arrêté le prisonnier doute si ce dernier est en état d'ebriété ou sous l'influence de drogues.

12. Qu'on mette à jour le registre servant à l'inscription des prisonniers pour indiquer que le prisonnier a été fouillé. Les agents ayant procédé à l'arrestation, le garde chargé de la détention et le surveillant du service doivent tous apposer leurs initiales sur le registre.

Inquest No. 2 - Bruce Mailman continued

13. That appropriate bodies to be lobbied for changes to legislation as pertains to the Privacy Act, to allow sharing of pertinent medical information, as required by law enforcement, physicians and pharmacists.

Recommendations of the Presiding Coroner:

1. That physicians who have relinquished their prescribing privileges should be required by the College :
   - To undergo a training program on opiates and benzodiazepines
   - To institute treatment contracts

2. That pharmacists should be encouraged to use treatment contracts with patients for opiates and benzodiazepines, if concerned about the need to monitor such drugs.

The recommendations were forwarded to the Departments of Public Safety and Health and Wellness, Health Canada, the Saint John Police Force, the NB Association of Chiefs of Police, the College of Physicians and Surgeons, the NB Pharmaceutical Society and two private drug manufacturers (Abbott Laboratories Ltd. and Pharmascience Inc) for response. On the recommendation of officials from Department of Health & Wellness, the case summary and recommendations were also forwarded to Janssen Ortho and Purdue Pharma. The recommendations were also forwarded to the attention of the Chiefs of Police of each of the remaining eight police forces and the RCMP "J" Division for their information and consideration.

Deuxième enquête - Bruce Mailman (suite)

13. Qu'on fasse pression sur les organismes appropriés pour modifier la *Loi sur la protection des renseignements personnels* afin que le partage des renseignements médicaux pertinents soit autorisé en vue de faciliter le travail des services de police, des médecins et des pharmaciens.

Recommandations du coroner enquêteur :

1. Que les médecins qui ont renoncé à leur droit de prescription soient obligés, par le Collège, à :
   - Suivre une formation sur les opiacés et les benzodiazépines
   - Établir un contrat de traitement avec le patient

2. Qu'on encourage les pharmaciens à établir un contrat de traitement avec les patients à qui on a prescrit des opiacés et/ou des benzodiazépines s'ils le jugent nécessaire pour le bien-être du patient.

Les recommandations ont été transmises au ministère de la Sécurité publique, au ministère de la Santé et du Mieux-être, à Santé Canada, au corps de police de Saint-Jean, à l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick, au Collège des médecins et chirurgiens, à l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick et à deux fabricants de médicaments du secteur privé (Laboratoires Abbott limitée et Pharmascience inc.) afin d'obtenir une réponse de leur part. À la demande des représentants du ministère de la Santé et du Mieux-être, on a aussi fait parvenir un résumé du dossier ainsi que les recommandations aux sociétés pharmaceutiques Janssen Ortho et Purdue Pharma. Les recommandations ont également été portées à l'attention des chefs de chacun des huit autres corps de police ainsi que de la Division « J » de la GRC à titre informatif et pour qu'ils les étudient.

Inquest No. 2 - Bruce Mailman continued

Recommendations 1-7, from the Jury, and the two recommendations of the Presiding Coroner pertain to the use and abuse of prescription drugs. Recommendations 8-13 pertain to the supervision of detainees.

1. **Re-implement {the} Drug Utilization Review form as issued by {the} N.B. Prescription Drug Program, with copies to {the} College {of} Physicians and Surgeons**
   Note: Staff produce a report on patterns of prescribing based on the number of physicians, number of prescriptions filled and pharmacies used and notify the physician to facilitate a review of possible misuse of prescription drugs. Testimony at the inquest indicated this was discontinued as feedback from physicians indicated that this was not useful.

   The College of Physicians and Surgeons advised that, if reinstituted, there is no impediment to sharing this information with the College of Physicians & Surgeons. The NB Pharmaceutical Society agrees that the Drug Utilization letter to physicians is useful and should be reinstituted. Moreover, the Registrar will make a formal request to Department of Health & Wellness to ensure that pharmacists also receive a copy of this letter when issued.

Deuxième enquête - Bruce Mailman (suite)

Les recommandations 1 à 7, faites par le jury, et les deux recommandations du coroner enquêteur concernent l'utilisation et l'abus de médicaments sur ordonnance. Les recommandations 8 à 13 concernent la surveillance des détenus.

1. **Que le formulaire de révision de l'utilisation des médicaments qui était émis dans le cadre du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick soit rétabli et que des copies de ces documents soient transmises au Collège des médecins et des chirurgiens du Nouveau-Brunswick.**
   Remarque : Le personnel a rédigé un rapport sur les habitudes de prescription fondé sur le nombre de médecins, le nombre d'ordonnances remplies et de pharmacies dispensatrices, et le médecin est avisé pour faciliter la surveillance des abus éventuels de médicaments sur ordonnance. Les témoignages à l'enquête ont indiqué qu'une telle pratique avait été abolie parce que, selon les commentaires reçus des médecins, elle n'était pas utile.

   Le Collège des médecins et chirurgiens a indiqué que, si cette pratique était rétablie, rien n'empêcherait que de tels renseignements lui soient communiqués. L'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick est d'accord pour dire que l'envoi d'une lettre aux médecins sur l'utilisation des médicaments est utile et devrait être rétabli. De plus, le registraire enverra une demande officielle au ministère de la Santé et du Mieux-être pour s'assurer que les pharmaciens recevront également copie de cette lettre.

Inquest No. 2 - Bruce Mailman continued

The Department of Health & Wellness advised that the PDP Drug Utilization Review process identifies abnormal prescription drug usage based on certain criteria and provides the patient's drug utilization history to their physician(s) and pharmacist(s) but the College of Physicians & Surgeons have never been included in the distribution.

2. **That "Treatment Contracts" between physicians and patients for opiate drug use be endorsed and encouraged by the College of Physicians and Surgeons**

The College of Physicians and Surgeons advised that treatment contracts and other approaches to ensure appropriate narcotic use will be covered in planned education programs for its members. The NB Pharmaceutical Society agrees with the concept of a treatment contract but advocates that these contracts include the physician, patient and pharmacist to ensure that all involved in treating the patient understand what is expected of each other and of the patient. The Registrar committed to discuss this matter further with pharmacists and with the Registrar of the College of Physicians and Surgeons.

3. **That further education and training re the prescribing of opiate drugs be endorsed and encouraged by the College of Physicians and Surgeons**

Deuxième enquête - Bruce Mailman (suite)

Le ministère de la Santé et du Mieux-être a indiqué que le processus de révision de l'utilisation des médicaments du Plan de médicaments sur ordonnance définit la consommation anormale de médicaments sur ordonnance en fonction de certains critères et communique les antécédents de consommation de médicaments du patient à son médecin et à son pharmacien, mais que ces renseignements n'ont jamais été communiqués au Collège des médecins et chirurgiens.

2. **Que l'établissement de « contrats de traitement » entre le médecin et le patient sur la consommation d'opiacés soit reconnu et encouragé par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick.**

Le Collège des médecins et chirurgiens a indiqué qu'il sera question des contrats de traitement et d'autres méthodes visant à assurer une utilisation appropriée des stupéfiants dans les programmes d'éducation qu'il prévoit pour ses membres. L'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick est d'accord avec l'idée des contrats de traitement mais préconise que ces contrats incluent le médecin, le patient et le pharmacien afin que tous ceux qui participent au traitement du patient comprennent ce qu'ils attendent les uns des autres et ce qu'ils espèrent de la part du patient. Le registraire s'est engagé à discuter davantage la question avec les pharmaciens et le registraire du Collège des médecins et chirurgiens.

3. **Qu'une formation additionnelle relative à la prescription d'opiacés soit reconnue et encouragée par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick.**

Inquest No. 2 - Bruce Mailman continued

The College of Physicians and Surgeons advised that The New Brunswick Medical Society, with some assistance from the college, is delivering a prescription skills course. The course is being rolled out in stages and local physicians are being trained to deliver it throughout the province to improve accessibility. For details see: (http://www.nbms.nb.ca/medicalendar.php?calendar_id=9&PHPSESSID=0f1a0c9e1afd860d14fd88113f65eb87).

The NB Pharmaceutical Society endorsed this recommendation and states that training in this area is also appropriate for pharmacists. A training program has already been presented previously and will be reoffered to highlight issues of addiction, tolerance and how to identify potential diversion of prescription drugs.

4. **Lobby the appropriate bodies for funds for the establishment of a Methadone Clinic in Saint John as well as Oxycontin Information sessions at Health Centres or Schools for young people**

The NB Pharmaceutical Society has supported the institution of methadone clinics for some time. The Society also advocates counselling and education and the establishment of multidisciplinary guidelines to ensure consistency in service delivery at all clinics. The Society noted the work of the law information community in information sessions for youth and its willingness to participate and provide expertise at these sessions.

Deuxième enquête - Bruce Mailman (suite)

Le Collège des médecins et chirurgiens a indiqué que la Société médicale du Nouveau-Brunswick, avec une aide du collège, dispense un cours de formation en matière d'ordonnances. Ce cours est offert par étapes, et les médecins locaux sont formés pour le donner dans toute la province afin qu'il soit plus accessible. Pour de plus amples détails, consulter le site (http://www.nbms.nb.ca/medicalendar.php?calendar_id=9&PHPSESSID=885dcb698437a9f6294df9cef1178fb9

L'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick approuve cette recommandation et déclare qu'une formation en la matière est également indiquée pour les pharmaciens. Un programme de formation a été offert auparavant et sera de nouveau dispensé pour souligner les problèmes de dépendance et de tolérance et montrer comment repérer les détournements éventuels de médicaments sur ordonnance.

4. **Qu'on fasse pression auprès des organismes appropriés afin de réunir les fonds nécessaires pour l'établissement d'une clinique de méthadone à Saint-Jean ainsi qu'à la prestation de séances d'information sur l'OxyContin à l'intention des jeunes dans les cliniques et les écoles.**

L'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick appuie depuis quelque temps l'établissement de cliniques de méthadone. Il préconise également des consultations, des mesures éducatives et l'adoption de lignes directrices multidisciplinaires visant à assurer l'uniformité de la prestation des services dans toutes les cliniques. L'organisme souligne le travail du personnel d'information juridique dans les séances d'information pour jeunes et sa volonté de participer à ces séances et d'y communiquer son expertise.

Inquest No. 2 - Bruce Mailman continued

The Department of Health & Wellness advised that four methadone clinics have been established in the province, one of which is in Saint John.

5. **Reinstate {the} position of Narcotics Inspector to facilitate the sharing of information regarding the dispensing of opiates**

The NB Pharmaceutical Society advocates a prominent role for Health Canada in the enforcement of the *Controlled Drugs and Substances Act* and the *Narcotic Control Regulations* as the only agency with jurisdiction over both physicians and pharmacists. The Society advocates a reinstitution of the inspection program discontinued in 1992, with appropriate changes to reflect a more mobile society.

The College of Physicians and Surgeons advised that Health Canada has not reinstituted the inspection service but are consulting with provincial agencies on approaches to dealing with this issue. Health Canada has begun monitoring prescribing practices and are sending prescribing profiles to the College, when matters warrant.

The Minister of Health Canada supports the development and improvement of strategies to prevent the diversion or misuse of controlled substances to protect public health and safety. As part of the renewed Canada's Drug Strategy, the Drug Strategy and Controlled

Deuxième enquête - Bruce Mailman (suite)

Le ministère de la Santé et du Mieux-être a indiqué que quatre cliniques de méthadone ont été ouvertes dans la province, dont une à Saint-Jean.

5. **Qu'on rétablisse le poste d'inspecteur aux stupéfiants afin de faciliter la transmission d'information relative à la prescription d'opiacés.**

L'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick soutient que Santé Canada devrait jouer un rôle primordial dans l'application de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* et le *Règlement sur les stupéfiants* en étant le seul organisme ayant autorité à la fois sur les médecins et les pharmaciens. L'Ordre des pharmaciens préconise le rétablissement du programme d'inspection aboli en 1992, moyennant des changements appropriés tenant compte de la mobilité sociale accrue.

Le Collège des médecins et chirurgiens a indiqué que Santé Canada n'a pas rétabli le service d'inspection, mais consulte les organismes provinciaux au sujet des moyens de faire face au problème. Santé Canada a commencé à surveiller les pratiques en matière de prescription et envoie des profils de prescription au collège quand la situation le justifie.

Le ministre de la Santé du Canada appuie l'élaboration et l'amélioration de stratégies visant à prévenir le détournement et l'abus de substances réglementées de façon à protéger la santé et la sécurité du public. Dans le cadre de la nouvelle Stratégie canadienne antidrogue, les

Substances Programme (DSCS) undertook many initiatives to reduce the supply and demand of drugs. These initiatives are carried out in collaboration with Health Canada's federal partners and the DSCS is planning a consultative process to further document the issue of the misuse of pharmaceutical products, identify the scope of the problem and develop options to address it. In addition, the DSCS is reviewing its compliance and enforcement function.

6. Implement {a} Central Reporting System for {the}benefit of Pharmacists of Opiate Prescription Drugs to help red flag potential abusers

The College of Physicians and Surgeons stressed the importance of collaboration between pharmacists and physicians on this topic and its commitment to participate in such a system. Discussions between the two governing societies were undertaken with two service providers to acquire a user friendly system but no resources have been identified for implementation.

The NB Pharmaceutical Society advocates the implementation of a real-time prescription drug monitoring system to allow health professionals to view complete prescription drug profiles before issuing or filling prescriptions and proactively deal with potential issues.

responsables du Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées ont élaboré plusieurs initiatives afin de réduire l'offre et la demande de drogues. Ces initiatives sont mises en œuvre en collaboration les partenaires du ministère fédéral de la Santé. Les responsables du Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées prévoient mettre sur pied un processus de consultation pour documenter davantage la question de l'abus de produits pharmaceutiques, déterminer l'ampleur du problème et proposer des solutions. Ils réexaminent également les fonctions du Programme liées au contrôle de la conformité et à l'application des lois.

6. Qu'on instaure un registre central des ordonnances d'opiacés à l'usage des pharmaciens afin de faciliter le dépistage des abuseurs potentiels.

Le Collège des médecins et chirurgiens insiste sur l'importance de la collaboration entre pharmaciens et médecins à ce sujet et sur son engagement à participer à un tel système. Les deux organismes directeurs ont entrepris ensemble des discussions avec deux fournisseurs de services afin de se doter d'un système convivial, mais aucune ressource n'a été prévue pour mettre ce système en œuvre.

L'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick préconise la mise en oeuvre d'un système de surveillance des médicaments sur ordonnance en temps réel afin de permettre aux professionnels de la santé de voir les profils complets de médicaments sur ordonnance avant de délivrer ou de remplir les ordonnances et d'aborder les problèmes éventuels de façon proactive.

Inquest No. 2 - Bruce Mailman continued

The Department of Health & Wellness advised work towards the development of a Prescription Monitoring Program for New Brunswick is in progress.

7. **Lobby pharmaceutical companies to vigorously pursue the development of non-abuseable drugs which could replace some abuseable drugs**

The Therapeutic Products Directorate (TPD) (Health Canada) plays a role in the authorization of prescription drugs in Canada. While Health Canada's mandate does not include a lobbying role, Health Canada does assess the benefits of medications, including alternatives to abuseable drugs, as part of the assessment process. The TPD has also encouraged the development of training programs and recommended supervised daily dosing for certain medications with abuse or misuse potential.

The Registrar of NB Pharmaceutical Society reported that this issue has been discussed with manufacturers in the past and he will continue to pursue this issue with manufacturers.

The Department of Health & Wellness advised that the Director of New Brunswick Prescription Drug Program is the contact for pharmaceutical manufacturers and will handle discussions with manufacturers on this recommendation.

Deuxième enquête - Bruce Mailman (suite)

Le ministère de la Santé et du Mieux-être a indiqué que le travail d'élaboration d'un programme de surveillance pharmaceutique pour le Nouveau-Brunswick est en cours.

7. **Qu'on fasse pression sur les sociétés pharmaceutiques afin qu'elles mettent au point des médicaments dont on ne peut pas abuser afin de remplacer certains des médicaments actuels.**

La Direction des produits thérapeutiques (Santé Canada) joue un rôle dans l'approbation des médicaments prescrits au Canada. Même si le lobbying ne fait pas partie de son mandat, Santé Canada évalue les bienfaits des médicaments, y compris les solutions de rechange aux médicaments dont on peut abuser, dans le cadre de son processus d'évaluation. La Direction a également favorisé l'élaboration de programmes de formation et recommandé le contrôle quotidien de la posologie pour certains médicaments dont on peut facilement abuser.

Le registraire de l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick a signalé que la question a été discutée avec les fabricants dans le passé et qu'il continuera de faire des pressions auprès d'eux à ce sujet.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être a indiqué que le directeur du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Bruswick est la personne-ressource pour les fabricants de médicaments et s'occupera des discussions avec eux concernant cette recommandation.

Inquest No. 2 - Bruce Mailman continued

Two drug manufacturers, Abbott Laboratories Ltd. and Pharmascience Inc., were advised of the details of this death and asked to comment on the feasibility of this recommendation. On the recommendation of officials from Department of Health & Wellness, the case summary and recommendations were also forwarded to Janssen Ortho and Purdue Pharma.

Abbott advised that their company is interested in finding product formulations to decrease the risk of abuse. Abbott has also expressed a willingness to support educational programs for medical professionals and those "at risk".

Pharmascience Inc. advised that their company does not currently manufacture nor sell Oxycontin nor a generic equivalent and thus would not be in a position to support information sessions related to the use/abuse of this product. Consequently, while they endorse the recommendation, they advised that their resource base and infrastructure would not allow development of new non-abuseable drugs to replace abuseable drugs.

Deuxième enquête - Bruce Mailman (suite)

Deux fabricants de médicaments, Laboratoires Abbott limitée et Pharmascience inc., ont été informés des détails du décès, et on leur a demandé leurs observations sur la faisabilité de cette recommandation. À la demande des représentants du ministère de la Santé et du Mieux-être, on a aussi fait parvenir un résumé du dossier ainsi que les recommandations aux sociétés pharmaceutiques Janssen Ortho et Purdue Pharma.

La société Abbott a fait remarquer qu'elle est intéressée à trouver des compositions de produits qui réduisent les risques de consommation excessive. Elle est également prête à appuyer des programmes de sensibilisation à l'intention des professionnels du monde médical et des personnes à risque.

La société Pharmascience inc. a indiqué qu'elle ne produit ni ne vend d'Oxycontin ou d'équivalent générique à l'heure actuelle. Elle ne serait donc pas en mesure de fournir des séances d'information sur la consommation acceptable ou excessive de ce produit. Bien que la société appuie la recommandation, elle a souligné qu'elle n'a pas les ressources ni l'infrastructure nécessaires pour mettre au point des médicaments dont on ne peut pas abuser afin de remplacer certains des médicaments actuels.

Inquest No. 2 - Bruce Mailman continued

Purdue Pharma described multiple initiatives undertaken over the past few years, in New Brunswick and elsewhere in Canada, to reduce misuse and diversion of opioid analgesic medications, without compromising pain control.

Development of misuse resistant medicines – Purdue advised that their staff has undertaken research to develop and test new forms of pain relievers that will be more resistant to misuse, while still providing safe and effective pain control. The focus is on products that make it more difficult for abusers to gain the desirable opioid related effects when tampering with the controlled-release technology. Marketing of this product is subject to completion of test results demonstrating the safety and efficacy of the new product followed by Health Canada's review and approval.

Education programs - Purdue has developed and disseminated pain management programs and guidelines to educate healthcare professionals. These programs are developed by healthcare practitioners and focus on assessment, treatment, documentation and monitoring patients suffering with pain. All programs include information on now to identify drug abuse behaviours and manage these patients. A program for patients at high

Deuxième enquête - Bruce Mailman (suite)

Purdue Pharma a décrit les nombreuses initiatives lancées au cours des dernières années, au Nouveau-Brunswick et ailleurs au Canada, afin de combattre le détournement et l'usage inapproprié des médicaments analgésiques à base d'opiacés sans pour autant compromettre les efforts de gestion de la douleur.

Mise au point de médicaments à l'épreuve du détournement et de l'usage inapproprié – Purdue nous a informés que son personnel travaillait actuellement à la création et à la mise à l'essai d'un nouvel analgésique qui résistera mieux au détournement de son usage premier, tout en permettant de combattre la douleur de façon sécuritaire et efficace. L'accent est mis sur des produits qui rendent plus difficile la modification des mécanismes de libération contrôlée de l'agent actif afin d'obtenir les effets liés aux opiacés. Ce nouveau produit sera commercialisé une fois que les essais visant à démontrer son efficacité et son innocuité seront terminés et une fois que Santé Canada l'aura approuvé.

Programmes d'éducation – Purdue a élaboré et offert des lignes directrices et des programmes de formation aux professionnels de la santé. Ces programmes ont été mis au point par des praticiens de la santé et traitent de l'évaluation, du traitement, de la tenue de dossier et du suivi des patients souffrant de douleur. On retrouve, dans le cadre de tous ces programmes, de l'information sur la manière de dépister un usage inapproprié des médicaments et sur la

risk of drug abuse "Universal precautions/boundary setting" has been developed and offered to New Brunswick physicians. Purdue has also provided support for the development of the "Alert Newsletter" by Aids New Brunswick dealing with substance abuse issues. Purdue has also developed a Pain Assessment – Patient Document Chart to assist physicians in documenting and monitoring information in the treatment of chronic pain and a second document on Managing Pain, endorsed by the Canadian Pain Society.

Collaboration with law enforcement - Purdue representatives have met with individuals and groups in law enforcement to gain a better understanding of national and regional issues and to discuss potential areas of collaboration. Two specific initiatives have been undertaken. (1) Purdue developed a pamphlet endorsed by the Canadian Pharmacists Association, to be used by law enforcement in the visual identification of narcotics and controlled drugs. Purdue also delivered educational presentations on the use and abuse of opioids for law enforcement officials, including one at the Atlantic Region Drug Symposium.

prise en charge de patients abuseurs. L'entreprise a aussi créé un programme de formation relatif aux patients à risque élevé d'abus de médicaments au sujet des précautions universelles et des limites à fixer. Le programme a déjà été offert aux médecins néo-brunswickois. Purdue a en outre prêté son concours à la création d'un bulletin d'alerte par SIDA Nouveau-Brunswick dans lequel on traite d'abus de diverses substances. La société pharmaceutique Purdue a aussi élaboré un document à l'intention des médecins relativement à l'évaluation et au suivi des patients souffrant de douleur chronique ainsi que d'un autre document sur la prise en charge de la douleur, lequel a été approuvé par la Société canadienne pour le traitement de la douleur.

Collaboration avec les forces de l'ordre – Des représentants de Purdue ont rencontré des personnes et des groupes issus des forces de l'ordre afin de mieux comprendre les questions régionales et nationales relativement à l'abus de médicaments et de discuter des possibilités de collaboration. Deux initiatives particulières ont depuis été lancées. En premier lieu, Purdue a créé une brochure, approuvée par l'Association des pharmaciens du Canada, qui sera utilisée par les agents des forces de l'ordre pour l'identification visuelle pour les narcotiques et les médicaments contrôlés. En deuxième lieu, Purdue a effectué diverses présentations éducatives sur l'usage et l'abus d'opiacés aux agents des forces de l'ordre, dont l'une dans le cadre de l'Atlantic Region Drug Symposium.

Inquest No. 2 - Bruce Mailman continued

Combating prescription fraud and pharmacy theft - Purdue has also provided financial support for the implementation of tamper-evident prescription pads for all prescription opioids and selected stimulants to reduce the potential for prescription tampering. Purdue worked with the Canadian Pharmacists Association to develop a pamphlet for pharmacists entitled "How to Prevent Drug Diversion and Protect Your Pharmacy". In addition, design changes now differentiate U.S. and Canadian OxyContin products to facilitate product recognition during drug seizures.

Purdue is a participant in the NB Prescription Drug Awareness Coalition which held its inaugural meeting in October 2003 to address Prescription Drug Use in New Brunswick and has staff involved in teams established to identify solutions to issues raised in the action plan.

Janssen Ortho advised that they have recently received the correspondence and will provide a description of their initiatives in dealing with the misuse and diversion of prescription drugs. Updates will be included in the Annual Report for 2005.

Deuxième enquête - Bruce Mailman (suite)

Lutte contre la fraude relative aux prescriptions et le vol dans les pharmacies – Purdue a offert un soutien financier pour la mise au point de blocs d'ordonnances à l'épreuve de la fraude destinés à la rédaction des ordonnances d'opiacés et de stimulants sélectionnés. La société pharmaceutique a aussi collaboré, avec l'Association des pharmaciens du Canada, à la création d'une brochure à l'intention des pharmaciens sur les moyens de prévenir le détournement de médicaments et de protéger leur pharmacie. Enfin, Purdue a effectué des modifications aux emballages d'OxyContin qui permettent de mieux différencier les emballages issus du Canada et des États-Unis lors des saisies de drogues.

Purdue participe à la Coalition sur l'utilisation des médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick, qui a tenu sa première rencontre en octobre 2003. Cet organisme se préoccupe de l'usage des médicaments sous ordonnance au Nouveau-Brunswick et une partie de son personnel est membre des équipes créées pour trouver des solutions aux questions présentées dans le plan d'action.

La société pharmaceutique Janssen Ortho nous a récemment informés qu'elle avait reçu notre correspondance et qu'elle nous transmettra une description de ses activités en matière de lutte contre le détournement et l'usage inapproprié de médicaments sous ordonnance. Les mises à jour seront incluses dans le rapport annuel de 2005.

Inquest No. 2 - Bruce Mailman continued

8. **That the Saint John Police Department implement those programs and procedures that will ensure proper training and upgrading of training of its officers and Detention Support Staff regarding Drug Awareness, Drug Recognition, Care and Control of Prisoners and Emergency Procedures.**

At the inquest, management of the force described a number of changes in procedures instituted following this death in the areas of CPR and First Aid, training and equipment, and the installation of additional cameras and alarms. A quality assurance guideline was also developed and implemented in this area. The force advises that the procedures in place prior to the inquest were adequate and met the requirements of the NB Policing Standards. However, they acknowledged their own review and the issues raised at the inquest identified opportunities for additional process improvements, additions to the facility, procedural changes and clarification of roles and responsibilities. The additional actions taken by the force following the inquest are described in this recommendation and recommendations 9-12.

The Saint John Police Force advises that two of its members have participated in the initial training for the national Drug Recognition Expert (DRE) Program and will develop in-house trainers for Field Sobriety Testing and Drug Recognition. They pointed out that skill development will take time as training

Deuxième enquête - Bruce Mailman (suite)

8. **Que le service de police de Saint-Jean mette en place les programmes et les modalités nécessaires à la formation initiale et continue de ses agents et du personnel des services de détention concernant les drogues, le dépistage des drogues, les soins et la maîtrise des prisonniers ainsi que les mesures d'urgence.**

Au cours de l'enquête, la direction du corps de police a décrit bon nombre de changements apportés aux procédures à la suite du décès dans le domaine de la RCR, de la formation en secourisme et de l'équipement à cette fin; de plus, des caméras et des systèmes d'alarme additionnels ont été installés. Une ligne directrice sur l'assurance de la qualité a également été élaborée et mise en œuvre dans le domaine. Le corps de police a indiqué que les procédures en vigueur avant l'enquête étaient convenables et satisfaisaient aux exigences des *Normes de police du Nouveau-Brunswick*. Toutefois, il a reconnu que son propre examen et les questions soulevées à l'enquête avaient révélé des possibilités de nouvelles améliorations du processus, d'ajouts à l'établissement, de modification des procédures et d'éclaircissement des fonctions et responsabilités. Les mesures additionnelles prises par le corps de police après l'enquête sont décrites dans la présente recommandation ainsi qu'aux recommandations 9 à 12.

Le corps de police de Saint-Jean a fait savoir que deux de ses membres ont participé à la formation initiale du Programme d'expert en reconnaissance de drogues (ERD), qui est un programme national, et prépareront des formateurs internes pour les contrôles routiers visant à déterminer la sobriété et pour la

opportunities are limited but the skills learned will be very helpful in dealing with detainees.

Briefing sessions have updated police officers on changes in the Detention Operating Guidelines and clarification on roles and responsibilities. An orientation program will be delivered by police officers for new guards clarifying their duties and responsibilities for detainees.

The force also examined the benefits of providing a defibrillator at the Detention Centre and conferred with the Regional Manager of Emergency Medical Services (EMS) to acquire an appropriate device. The equipment has been acquired and a program is currently being developed for the deployment of the defibrillator that will be supported by EMS, with a protocol and training to be implemented in the new year.

The RCMP "J" Division noted the difficulties in detecting drug intoxication in detainees. They emphasized that duty police officers must do a thorough search, and an initial and continuing assessment of responsiveness, to determine whether medical assistance may be required and ensure the well being of the detainee. The RCMP has in the recent past revised national and divisional policy dealing with prisoner care and assessment and updated the Course Training Standard for the Guards' Training Course. Guards are expected to detect potential medical problems on a timely basis and respond to them appropriately and promptly.

reconnaissance de drogues. Les représentants du corps de police ont souligné que le perfectionnement professionnel prendra du temps, car les possibilités de formation sont limitées, mais les compétences acquises seront très utiles pour la façon de traiter les détenus.

Au cours de séances d'information, les agents de police ont été mis au courant des changements apportés aux lignes directrices opérationnelles en matière de détention et de l'éclaircissement des fonctions et responsabilités. Un programme d'orientation sera dispensé par des agents de police aux nouveaux gardiens pour éclaircir leurs fonctions et responsabilités envers les détenus.

Le corps de police a également examiné les avantages qu'il y aurait à doter le centre de détention d'un défibrillateur et a discuté avec le directeur régional des Services médicaux d'urgence (SMU) en vue d'acquérir un appareil approprié. L'équipement a été acquis, et un programme, qui sera soutenu par les SMU, est en voie d'élaboration pour la mise en place du défibrillateur; le protocole et la formation seront mis en œuvre pendant la nouvelle année.

Les membres du personnel de la Division « J » de la GRC ont fait remarquer qu'il est difficile d'évaluer le degré d'intoxication médicamenteuse des détenus. Ils ont souligné cependant que les agents de police qui sont de service doivent effectuer une fouille complète, ainsi qu'une évaluation initiale et constante de l'état d'alerte du détenu, afin de déterminer si des soins médicaux sont nécessaires et de s'assurer de son bien-être. La GRC a récemment révisé, à l'échelle nationale et dans chaque division, les directives sur le traitement et l'évaluation des détenus, en plus de mettre à jour la norme de cours pour le cours de formation des gardiens. Les gardiens doivent détecter les problèmes médicaux dans des délais raisonnables et prendre les mesures appropriées sans délai.

Inquest No. 2 - Bruce Mailman continued

With regard to recommendations 8-13, the RCMP's current policy and training directs the searching and continuing assessment of a prisoner for medical needs.

9. **That a two person system in Detention Area be adopted to enable one person to do paperwork, monitor cameras and doors, security checks and routine duties, while {the} second person handles actual Booking Area as pertains to booking, searching and accompanying prisoners to cells**

The Saint John Police Force advises that their guard station is in the detention facility and the Station Supervisor and a Sergeant are located across the hall. The Station Supervisor deals with the paperwork to prepare detainees for court appearance and is designated as the person on shift to oversee the detention process. Consequently, it is their belief that this division of responsibilities addresses this recommendation. However, steps have been taken to clarify these roles in the Operating Guidelines and at briefings with members.

10. **That some type of buzzer or timing device be installed, indicating when {the} next prisoner check is due**

The Saint John Police Force advises that they will utilize a program installed on the guard's computer to provide an audible and visual reminder every 15 minutes to remind the guard that rounds are required.

Deuxième enquête - Bruce Mailman (suite)

En ce qui concerne les recommandations 8 à 13, la fouille des détenus et l'évaluation continue de leurs besoins médicaux sont présentement réglementées par les directives de la GRC et effectuées conformément à la formation fournie.

9. **Qu'on instaure un système de surveillance à deux personnes dans la zone de détention. Une personne sera responsable de remplir les documents, de surveiller les caméras et les portes, d'effectuer les rondes de surveillance et les autres tâches routinières tandis que l'autre personne se chargera de l'inscription des prisonniers, des fouilles et de l'accompagnement des prisonniers à leur cellule.**

Le corps de police de Saint-Jean indique que son poste de gardiens se trouve dans l'établissement de détention et que le surveillant du poste et un sergent sont de faction de l'autre côté de l'entrée. Le surveillant du poste s'occupe des documents en vue de préparer les détenus à comparaître en cour et est désigné comme personne de service pour superviser le processus de détention. Le corps de police croit donc que cette répartition des responsabilités répond à la présente recommandation. Toutefois, des mesures ont été prises pour clarifier les fonctions dans les lignes directrices opérationnelles et pendant des séances d'information avec les membres.

10. **Qu'on installe une minuterie ou un dispositif sonore pour signaler le moment d'effectuer les rondes de surveillance auprès des prisonniers.**

Le corps de police de Saint-Jean indique qu'il utilisera un programme installé dans l'ordinateur du gardien pour envoyer à celui-ci toutes les 15 minutes un rappel sonore et visuel indiquant que des rondes sont nécessaires.

Inquest No. 2 - Bruce Mailman continued

The RCMP "J" Division advised that a two person guard system, especially in rural areas, would be impractical. An activity log is used to ensure regular checks of a prisoner but that does not preclude the adoption of a timing device in future.

11. That EMT's be called if arresting officer is not sure detainee is intoxicated or under the influence of drugs

The Saint John Police Force advises that persons taken into custody must be assessed for the presence of drugs and alcohol as well as their general medical condition. Police officer experience will be supplemented by training on Field Sobriety and Drug Recognition. The force conferred with the Regional Manager of Emergency Medical Services (EMS) and staff of the Atlantic Health Sciences Corporation to identify a tool for use by police officers to provide a consistent approach in assessing detainees and limit the impact of calls to EMS for assessment. The tool (AYPU – Alert, Verbal, Painful or Unresponsive) can be used initially to assess when an individual should be examined by an Emergency Medical Technician (EMTs) or taken for medical treatment and can also be used for reassessment of persons while in custody. The force advises that procedures have been updated to include this tool in the arrest and detention process and members have been trained in its use by local EMTs.

Deuxième enquête - Bruce Mailman (suite)

Selon les représentants de la Division « J » de la GRC, il n'est pas pratique d'adopter un système prévoyant la garde du détenu par deux personnes, particulièrement dans les régions rurales. Le registre des activités utilisé vise à assurer la vérification régulière d'un détenu, mais un dispositif de chronométrage pourrait aussi être utilisé à l'avenir.

11. Qu'on appelle un technicien d'urgence médicale (TUM) si l'agent qui a arrêté le prisonnier se doute que ce dernier est en état d'ébriété ou sous l'influence de drogues.

Le corps de police de Saint-Jean indique que les personnes appréhendées doivent être évaluées quant à leur consommation de drogues et d'alcool et quant à leur état de santé général. L'expérience des agents de police sera renforcée par une formation sur les contrôles routiers visant à déterminer la sobriété et sur la reconnaissance de drogues. Le corps de police a discuté avec le directeur régional des Services médicaux d'urgence (SMU) et le personnel de la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique afin de désigner un outil que les agents de police pourraient utiliser, afin d'établir une méthode uniforme d'évaluation des détenus et de limiter les répercussions des appels aux SMU visant une évaluation. L'outil (EVDA : Éveillé, Stimuli verbaux, Stimuli douloureux, Absence de réaction) peut être utilisé au début pour évaluer si la personne devrait être examinée par un technicien d'urgence médicale (TUM) ou recevoir des traitements médicaux, et il peut également être utilisé pour la réévaluer pendant sa détention. Le corps de police indique que les procédures ont été mises à jour de façon à inclure cet outil dans la procédure d'arrestation et de détention, et les membres ont reçu des TUM locaux une formation sur son utilisation.

Inquest No. 2 - Bruce Mailman continued

The Department of Health & Wellness advised that consideration of this recommendation as a policy issue will be undertaken and conclusions presented at a later time.

12. Revisions of Booking Sheet to indicate detainee was searched. Such sheet to be initialed by arresting officers, detention guard and station supervisor.

The Saint John Police Force advises that changes have been made in the forms used during the booking process. The new assessment tool is included and officers will document the results on the form initially, and at other points while in custody, if required. If the assessment indicates a requirement for EMS staff, they will be called to the detention facility to examine the detainee.

The new Booking Sheet also requires that the Guard and Station Supervisor sign indicating that they witnessed the search of the detainee.

13. That appropriate bodies to be lobbied for changes to legislation as pertains to the Privacy Act, to allow sharing of pertinent medical information, as required by law enforcement, physicians and pharmacists.

Deuxième enquête - Bruce Mailman (suite)

Le ministère de la Santé et du Mieux-être indique que l'étude de cette recommandation à titre de directive éventuelle sera entreprise et que des conclusions seront présentées plus tard à ce sujet.

12. Qu'on mette à jour le registre servant à l'inscription des prisonniers pour indiquer que le prisonnier a été fouillé. Les agents ayant procédé à l'arrestation, le garde chargé de la détention et le surveillant du service doivent tous apposer leurs initiales sur le registre.

Le corps de police de Saint-Jean indique que des changements ont été apportés aux formulaires utilisés pendant la procédure d'inscription. Le nouvel outil d'évaluation est inclus, et les agents inscriront les résultats sur le formulaire au début, et à d'autres moments pendant la détention, si c'est nécessaire. Si l'évaluation indique qu'il faut faire appel au personnel des SMU, celui-ci sera appelé à aller examiner le détenu à l'établissement de détention.

Le nouveau registre servant à l'inscription exige aussi la signature du gardien et du surveillant du poste certifiant qu'ils ont été témoins de la fouille du détenu.

13. Qu'on fasse pression sur les organismes appropriés pour modifier la *Loi sur la protection des renseignements personnels* afin que le partage des renseignements médicaux pertinents soit autorisé en vue de faciliter le travail des services de police, des médecins et des pharmaciens.

Inquest No. 2 - Bruce Mailman continued

The Department of Public Safety advised that correspondence on this matter was forwarded to Department of Health & Wellness in 2001 on this issue, on behalf of the NB Association of Chiefs of Police. Among the issues raised were (1) the recommended development of a multi-disciplinary task force on the issues of drug abuse, (2) the problem of over-prescribing of certain prescription drugs and (3) the development of a system to reduce Narcotic and Controlled Drug Diversion. The Minister noted that similar recommendations have been advanced by various agencies and associations on these topics since that time.

The Minister of Public Safety also advised that the NB Prescription Drug Abuse Coalition was formed in early 2003. This committee is chaired by an employee of Region 3 Health Services and is a grant funded project with a mandate to develop a report for the Minister of Health & Wellness on a Prescription Drug Strategy for New Brunswick.

The Department of Health & Wellness advised that the present law as it relates to the privacy of personal health information seeks to balance the rights of the individual with the need to provide appropriate treatment. The Department of Health and Wellness is currently working towards the development of a Prescription Monitoring Program (PMP). The work will involve determining whether the current health information privacy laws would support a PMP or if new legislation or modifications to the law are feasible and desirable. The Minister noted that the *Personal Information Protection and*

Deuxième enquête - Bruce Mailman (suite)

Le ministère de la Sécurité publique indique que la correspondance à ce sujet a été transmise au ministère de la Santé et du Mieux-être en 2001 au nom de l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick. Les questions soulevées ont été notamment 1) la formation recommandée d'un groupe de travail multidisciplinaire sur les problèmes d'abus de médicaments, 2) le problème de la surprescription de certains médicaments sur ordonnance et 3) l'élaboration d'un système visant à réduire le détournement de stupéfiants et de certaines substances contrôlées. Le ministre a indiqué que des recommandations semblables sont préconisées à ce sujet par divers organismes et associations depuis lors.

Le ministère de la Sécurité publique indique également que la Coalition sur l'utilisation des médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick a été formée au début 2003. Ce comité est présidé par un employé des services de santé de la région 3 et le projet, financé par une subvention, a le mandat de préparer un rapport pour le ministre de la Santé et du Mieux-être sur une stratégie relative aux médicaments sur ordonnance au Nouveau-Brunswick.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être a indiqué que la législation actuelle, pour ce qui concerne la protection des renseignements personnels sur la santé, cherche à concilier les droits de la personne concernée et le besoin de lui fournir un traitement approprié. Le ministère de la Santé et du Mieux-être travaille actuellement à l'élaboration d'un programme de surveillance pharmaceutique pour le Nouveau-Brunswick. La tâche consistera entre autres à déterminer si la législation relative à la protection des renseignements personnels sur la santé permettrait l'utilisation d'un tel

Inquest No. 2 - Bruce Mailman continued

Electronic Document Act, is federal legislation and may circumscribe changes in this area.

Several forces confirmed that their policies and procedures address these recommendations or that updates have been made to policy and training to detect medical problems on a timely basis and respond to them appropriately and promptly.

The RCMP "J" Division also noted the difficulties of defining the circumstances under which the police would have access to confidential patient information to assess a prisoner's medical needs may limit the ability to share medical information, despite its value in death prevention.

Recommendations of the Presiding Coroner:

1. **That physicians who have relinquished their prescribing privileges should be required by the College :**
   a. **To undergo a training program on opiates and benzodiazepines**
   b. **To institute treatment contracts**

The NB College of Physicians & Surgeons supports this recommendation on the basis that the NB Medical Society provides access to training in this area.

Deuxième enquête - Bruce Mailman (suite)

programme ou si des modifications ou même une nouvelle loi sont réalisables et souhaitables. Le ministre a indiqué que la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* est une loi fédérale et pourrait empêcher les changements en la matière.

Plusieurs corps de police ont confirmé que leurs directives et leurs modalités étaient conformes à ces recommandations ou que les directives et la formation ont été mises à jour afin de détecter les problèmes médicaux en temps opportun et d'en tenir compte de façon appropriée et avec promptitude.

La Division « J »de la GRC a également souligné qu'il est difficile de définir les circonstances en vertu desquelles un service de police peut avoir accès à des renseignements médicaux confidentiels pour évaluer les besoins médicaux d'un détenu. Certaines restrictions limitent la communication de renseignements médicaux, même si ces derniers peuvent prévenir un décès.

Recommandations du coroner enquêteur

1. **Que les médecins qui ont renoncé à leur droit de prescription soient obligés, par le Collège, à :**
   a. **suivre une formation sur les opiacés et les benzodiazépines;**
   b. **établir un contrat de traitement avec le patient.**

Le Collège des médecins et chirurgiens appuie cette recommandation, car la Société médicale du Nouveau-Brunswick donne accès à une formation en la matière.

Inquest No. 2 - Bruce Mailman continued

2. **That pharmacists should be encouraged to use treatment contracts with patients for opiates and benzodiazepines, if concerned about the need to monitor such drugs.**

   The NB Pharmaceutical Society agrees with the concept of a treatment contract but advocates that these contracts include the physician, patient and pharmacist to ensure that all involved in treating the patient understand what is expected of each other and of the patient. The Registrar committed to discuss this matter further with pharmacists and with the Registrar of the College of Physicians and Surgeons.

Deuxième enquête - Bruce Mailman (suite)

2. **Qu'on encourage les pharmaciens à établir un contrat de traitement avec les patients à qui on a prescrit des opiacés ou des benzodiazépines s'ils le jugent nécessaire pour le bien-être du patient.**

   L'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick est d'accord avec l'idée des contrats de traitement mais préconise que ces contrats incluent le médecin, le patient et le pharmacien afin que tous ceux qui participent au traitement du patient comprennent ce qu'ils attendent les uns des autres et ce qu'ils espèrent de la part du patient. Le registraire s'est engagé à discuter davantage la question avec les pharmaciens et le registraire du Collège des médecins et chirurgiens.

Inquest No. 3 - Patricia Amy Patles

An inquest was held on May 31 - June 3, 2004 into the death of this 24 year old female who died on September 9, 2003.

This 24 year old female had a history of addictions and involvement with the justice system. She was released from the Saint John Regional Correctional Centre following a period of sentenced incarceration, on Wednesday, September 3rd, 2003 and subsequently travelled to the Miramichi region.

The afternoon of Saturday, September 6th she was arrested and detained by the Miramiehi Police Force for a breach of probation and shop lifting and held for telephone remand scheduled for 11:00 Sunday, September 7th.

At the time of her arrest, officers believed her to be intoxicated but noted that she was pleasant and co-operative. Soon after her placement in her cell she

Troisième enquête - Patricia Amy Patles

Une enquête a eu lieu du 31 mai au 3 juin 2004 à Miramichi, au Nouveau-Brunswick, concernant la mort d'une femme de 24 ans survenue le 9 septembre 2003.

Cette femme de 24 ans, qui avait des antécédents judiciaires et des antécédents de dépendance, a été libérée du Centre correctionnel régional de Saint-Jean le mercredi 3 septembre 2003 après y avoir purgé une peine d'emprisonnement. Elle s'est ensuite rendue dans la région de Miramichi.

Le samedi 6 septembre 2003, en après-midi, elle a été mise en état d'arrestation et détenue par le service de police de Miramichi pour manquement aux conditions de sa probation et pour vol à l'étalage. Son audience téléphonique relative au renvoi était prévue pour le lendemain, le dimanche 7 septembre 2003, à 11 h.

Les agents de police ont remarqué qu'elle était en état d'ébriété au moment de son arrestation, mais elle s'est montrée aimable et a collaboré avec eux.

Inquest No. 3 - Patricia Amy Patles continued

was seen with contraband, was searched and additional contraband was removed from her possession. The guard began a log sheet at 15:15 hrs and from that point forward visual checks were made and documented at 15 minute intervals.

She spent an uneventful night and attended telephone remand as scheduled the next morning and returned to her cell at approximately 11:15 hrs.

At approximately 12:40 p.m. she was found by the guard hanging from a small, grilled window in her cell. CPR was initiated and EMTs were dispatched to the scene. She was transported by ambulance and admitted to the Miramichi Hospital Intensive Care Unit. It was there that, despite medical intervention, she was pronounced dead in the early morning of Tuesday, September 9th.

During the course of the inquest, there was a site visit conducted for the jury and members of the media to view the old city lock-up as well as the current facility in the new Miramichi Law Courts complex.

The inquest jury heard from more than 25 witnesses. Testimony was provided to explain the life history that led to Ms. Patles's incarceration and decision to suicide. Other witnesses addressed her immediate history while incarcerated at provincial correctional facilities and the nature and extent of addictions treatment and programs made available to her. Testimony was also heard from family members, a representative of the Elizabeth Fry Society and a suicide task force on Amy's social circumstances and past suicidal behaviors. The Province's Suicidologist provided context on the

Troisième enquête - Patricia Amy Patles (suite)

On s'est aperçu qu'elle avait des objets interdits en sa possession peu après qu'elle ait été placée dans sa cellule. Elle a fait l'objet d'une fouille et d'autres objets interdits lui ont été retirés. Le gardien a commencé des inscriptions à son égard dans le registre à 15 h 15 et des contrôles visuels ont par la suite été effectués et documentés à toutes les 15 minutes.

Elle a passé une nuit sans incident et a participé à l'audience téléphonique le lendemain matin tel que prévu. Elle est retournée à sa cellule vers 11 h 15.

À environ 12 h 40, le gardien a constaté qu'elle s'était pendue par une petite fenêtre grillée dans sa cellule. La réanimation cardio-respiratoire a été pratiquée et des techniciens ambulanciers ont été dépêchés sur les lieux. Elle a été transportée en ambulance à l'hôpital de Miramichi et admise au service des soins intensifs. En dépit des soins médicaux qu'elle y a reçus, elle a été déclarée morte tôt le matin du mardi 9 septembre 2003.

Dans le cadre de l'enquête, les membres du jury et des médias ont visité le lieu de détention de la ville, ainsi que les nouvelles installations de détention dans le nouveau palais de justice de Miramichi.

Les membres du jury ont entendu plus de 25 témoins. Les témoignages ont permis d'obtenir des renseignements sur les antécédents de la victime qui ont mené à son incarcération et à sa décision de se suicider. D'autres témoins ont fourni de l'information sur les périodes pendant lesquelles elle était incarcérée dans des établissements correctionnels du gouvernement provincial, ainsi que sur la nature et la portée des services et des programmes de traitement des dépendances mis à sa disposition. De plus, des membres de sa famille, une représentante de la Société Elizabeth-Fry et un

Inquest No. 3 - Patricia Amy Patles continued

problem of suicide and the programs available to offer assistance.

The inquest jury also heard testimony from a member of the Fredericton Police Force who had conducted an independent review of the case, at the request of the Miramichi Police Force.

Recommendations of the Jury

1. Lockers must be secured at all times.
2. Lights must be left on at all times.
3. Full time supervision of a prisoner is mandatory while that prisoner is outside of his/her cell.
4. CPIC should include all references of attempted suicides.
5. Police officers and jail guards must participate in and successfully complete suicide prevention courses.
6. Better communications between CPIC and hospital records.
7. Same sex guards should always be present.
8. An addiction counsellor should always be available upon incarceration of an individual with a known drug history.
9. More training could be implemented for guards and in jailhouse policies made available and strictly followed by all jail guards.
10. Searches of prisoners must be more thorough.

Troisième enquête - Patricia Amy Patles (suite)

groupe de travail sur le suicide ont témoigné au sujet des problèmes sociaux de la victime et des comportements suicidaires qu'elle avait déjà démontrés. Le suicidologue du gouvernement provincial a mis le problème de suicide en contexte et a donné un aperçu des programmes de soutien disponibles.

Le jury a également entendu le témoignage d'un membre du corps de police de Fredericton, qui a effectué une enquête indépendante sur le dossier à la demande du service de police de Miramichi.

Recommandations du jury

1. Les casiers doivent être verrouillées en tout temps.
2. Les lumières doivent être allumées en permanence.
3. Une surveillance constante du détenu est obligatoire lorsqu'il se trouve à l'extérieur de sa cellule.
4. Le CIPC doit faire mention de toute tentative de suicide.
5. Les agents de police et les gardiens de prison doivent suivre et réussir les cours de prévention du suicide.
6. Il doit y avoir un meilleur transfert des données entre le CIPC et les dossiers médicaux.
7. Des gardiens du même sexe doivent être présents en tout temps.
8. Un spécialiste des problèmes de drogues doit toujours être disponible au moment de l'incarcération d'une personne ayant un problème de drogue connu.
9. Une formation plus poussée doit être offerte aux gardiens de prison. Les politiques de l'établissement correctionnel doivent être mises à la disposition de tous les gardiens de prison et rigoureusement respectées par ces derniers.
10. Les fouilles des prisonniers doivent être plus détaillées.

Inquest No. 3 - Patricia Amy Patles continued

Recommendation of the Presiding Coroner

1. That a screening questionnaire for risk of suicide be developed and adopted as part of the booking process by police agencies.

The recommendations were forwarded to the Minister of Public Safety, the Miramichi City Police, the NB Association of Chiefs of Police, and all other municipal police forces in the province.

The Minister of Public Safety advised that the case summary and recommendations were highlighted for all Chiefs of Police and the Commanding Officer of "J" Division RCMP through the Department's Police, Fire and Emergency Services Branch. In addition, the recommendations will be considered for possible amendments to the policy on Care and Handling of Detainees in the Municipal/Regional Forces Operational Manual.

Several municipal forces and the Military Police, Gagetown, confirmed that their policies and procedures already address these recommendations or that steps have been taken to ensure compliance.

Recommendation #1

Lockers must be secured at all times.

The Miramichi City Police advised that the actions described in the recommendation have been enacted.

Troisième enquête - Patricia Amy Patles (suite)

Recommandation du coroner enquêteur

1. Qu'on établisse un questionnaire de dépistage du suicide et que les services de police s'en servent au moment de procéder à l'incarcération des prisonniers.

Les recommandations ont été acheminées au ministre de la Sécurité publique, au service de police municipal de Miramichi, à l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick et à tous les autres services de police municipaux de la province.

Le ministre de la Sécurité publique a avisé que le résumé du dossier et les recommandations ont été mis en évidence pour tous les chefs de police ainsi que pour le commandant de la Division « J » de la GRC, par l'intermédiaire de la Direction des services de police, d'incendie et d'urgence. De plus, les recommandations feront l'objet d'une étude pour la formulation possible de modifications à la directive sur le traitement des détenus du *Manuel des opérations des corps de police municipaux et régionaux du Nouveau-Brunswick.*

Plusieurs services de police municipaux et la police militaire de Gagetown ont confirmé que leurs directives et modalités sont déjà conformes aux recommandations ou que des mesures ont été prises afin d'en assurer la conformité.

Recommandation n° 1

Les casiers doivent être verrouillées en tout temps.

Le service de police municipal de Miramichi a indiqué que les mesures proposées dans les recommandations ont été mises en œuvre.

Inquest No. 3 - Patricia Amy Patles continued

Recommendation #2

Lights must be left on at all times.

The Miramichi City Police advised that the actions described in the recommendation have been enacted.

Recommendation #3

Full time supervision of a prisoner is mandatory while that prisoner is outside of his/her cell.

The Miramichi City Police advised that the actions described in the recommendation have been enacted.

Recommendation #4

CPIC should include all references of attempted suicides.

The Miramichi City Police advised that the actions described in the recommendation have been enacted.

Recommendation # 5

Police officers and jail guards must participate in and successfully complete suicide prevention courses.

The Miramichi City Police confirm their agreement with this recommendation, provided the courses are available.

Troisième enquête - Patricia Amy Patles (suite)

Recommandation n° 2

Les lumières doivent être allumées en permanence.

Le service de police municipal de Miramichi a indiqué que les mesures proposées dans les recommandations ont été mises en œuvre.

Recommandation n° 3

Une surveillance constante du détenu est obligatoire lorsqu'il se trouve à l'extérieur de sa cellule.

Le service de police municipal de Miramichi a indiqué que les mesures proposées dans les recommandations ont été mises en œuvre.

Recommandation n° 4

Le CIPC doit faire mention de toute tentative de suicide.

Le service de police municipal de Miramichi a indiqué que les mesures proposées dans les recommandations ont été mises en œuvre.

Recommandation n° 5

Les agents de police et les gardiens de prison doivent suivre et réussir les cours de prévention du suicide.

Le service de police municipal de Miramichi a confirmé qu'il accepte de se plier à cette exigence pourvu que la formation soit offerte

Inquest No. 3 - Patricia Amy Patles continued

Recommendation #6

Better communications between CPIC and hospital records.

The Miramichi City Police state their view that hospital records are confidential and unavailable.

Recommendation # 7

Same sex guards should always be present.

The Miramichi City Police state that where possible, this is being carried out.

Recommendation # 8

An addiction counsellor should always be available upon incarceration of an individual with a known drug history.

The Miramichi City Police state that this recommendation needs follow up discussion with addiction services.

Recommendation # 9

More training could be implemented for guards and in jailhouse policies made available and strictly followed by all jail guards.

The Miramichi City Police state that orientation, policy and procedures are in place with the new detention facility.

Troisième enquête - Patricia Amy Patles (suite)

Recommandation n° 6

Il doit y avoir un meilleur transfert des données entre le CIPC et les dossiers médicaux.

Le service de police municipal de Miramichi a expliqué que les dossiers de l'hôpital sont confidentiels et qu'il n'y a pas accès.

Recommandation n° 7

Des gardiens du même sexe doivent être présents en tout temps.

Le service de police municipal de Miramichi a indiqué que la recommandation est mise en œuvre dans la mesure du possible.

Recommandation n° 8

Un spécialiste des problèmes de drogues doit toujours être disponible au moment de l'incarcération d'une personne ayant un problème de drogue connu.

Le service de police municipal de Miramichi a fait savoir qu'il faut discuter de la suite à donner à cette recommandation avec les services de traitement des dépendances.

Recommandation n° 9

Une formation plus poussée doit être offerte aux gardiens de prison. Les politiques de l'établissement correctionnel doivent être mises à la disposition de tous les gardiens de prison et rigoureusement respectées par ces derniers.

Le service de police municipal de Miramichi a avisé qu'une orientation, des directives et des modalités ont été mises en œuvre pour le nouvel établissement de détention.

Inquest No. 3 - Patricia Amy Patles continued

Recommendation # 10

Searches of prisoners must be more thorough.

The Miramichi City Police note their agreement with this recommendation and state that this is being complied with.

Recommendation of the Presiding Coroner

That a screening questionnaire for risk of suicide be developed and adopted as part of the booking process by police agencies.

The Miramichi City Police have committed to discuss this recommendation with the Policing Services Branch of Public Safety, NB Association of Chiefs of Police and Mental Health and Addiction Services.

Other cases of interest

The following cases were investigated and concluded with a decision that no public inquest would be held. However, recommendations for change were identified in each instance.

Case # 1

This 94 year old female was a resident of a nursing home who suffered from diminished lung capacity and dementia. Although she had poor mobility, she could walk with a walker or assistance from staff. Staff elected to lift her from her bed using a floor lift, equipped with a sling. Before the lift could be completed, she slipped and fell forward from the lift, striking the back of her head on the floor.

Troisième enquête - Patricia Amy Patles (suite)

Recommandation n° 10

Les fouilles des prisonniers doivent être plus détaillées.

Le service de police municipal de Miramichi a indiqué qu'il est d'accord avec cette recommandation et qu'il s'y conforme.

Recommandation du coroner enquêteur

Qu'on établisse un questionnaire de dépistage du suicide et que les services de police s'en servent au moment de procéder à l'incarcération des prisonniers.

Le service de police municipal de Miramichi s'engage à discuter de cette recommandation avec la Direction des services de police, d'incendie et d'urgence du ministère de la Sécurité publique, l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick et les services de santé mentale et de traitement des dépendances.

Autres cas dignes d'intéret

Les cas suivants ont fait l'objet d'une évaluation après laquelle on a conclu qu'une enquête du coroner n'était pas nécessaire. Des recommandations ont toutefois été formulées pour chacun de ces cas.

Cas n° 1

Cette résidante du foyer de soins décédée le 26 septembre 2004 à l'âge de 94 ans, souffrait de capacité pulmonaire réduite et de démence. Bien que sa mobilité était réduite, elle pouvait se déplacer à l'aide d'un déambulateur ou avec l'aide d'un membre du personnel. Le personnel a choisi de la soulever à l'aide d'un lève-patients muni d'une toile. Avant de terminer le soulèvement, elle a glissé et a chuté vers l'avant, se frappant le derrière de la tête contre le plancher.

Other Cases of Interest continued

Two experienced staff members were involved in completing the lift and followed standard procedures. The lift used in this case was checked and found to be functional. However, it was not equipped with a restraint and the investigation demonstrated that both the lift seat and the patient's clothing material were very slippery.

She was placed in bed and oral pain medications were administered, based on a telephone consultation with a physician at the local hospital. Two days after the fall she was taken to the hospital for tests when the pain did not subside and was found to have compression fractures in her back. Higher potency medications were provided by injection and she was transferred back to the nursing home for care. She developed pneumonia and by the following day was deceased.

The coroner has recommended that:

1. All seats/slings of mechanical lift devices should be equipped with some form of restraint.

2. After care for residents of nursing homes who have sustained a fall (from a mechanical lift) should include x-rays and a timely, in-person assessment by a physician to ensure the pain medications reflect the nature and extent of injuries.

The recommendations were forwarded to the Departments of Health & Wellness and Family & Community Services for consideration.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Les deux membres du personnel qui étaient chargés de déplacer la résidante avaient de l'expérience à cet égard et suivaient les modalités établies. La vérification de l'appareil a permis de conclure qu'il fonctionnait normalement. Cependant, il n'était pas muni d'un dispositif pour tenir la personne en place. L'enquête a permis de conclure que le siège de l'appareil et les vêtements de la personne étaient très glissants.

La résidante a été placée dans le lit et on lui a administré des analgésiques par voie orale, après avoir consulté par téléphone un médecin à l'hôpital local. Deux jours plus tard, la douleur étant toujours présente, elle a été transportée à l'hôpital pour subir des tests et c'est alors qu'on a découvert qu'elle avait des fractures par compression au dos. Des médicaments plus forts lui ont été administrés par injection et elle a été ramenée au foyer de soins. Elle a attrapé une pneumonie et est décédée le jour suivant.

Le coroner a formulé les recommandations suivantes :

1. Tous les sièges et toutes les toiles des appareils élévateurs doivent être équipés d'une pièce permettant de tenir la personne soulevée en place.
2. Les soins prodigués à un résidant d'un foyer qui est victime d'une chute d'un lève-patients doivent comprendre des radiographies et une évaluation sans délai par un médecin en personne afin de s'assurer que les médicaments prescrits pour contrer la douleur conviennent vraiment selon la nature et la gravité des blessures.

Les recommandations ont été acheminées au ministère de la Santé et du Mieux-être et au ministère des Services familiaux et communautaires à des fins d'examen.

Other Cases of Interest continued

The Minister of Family & Community Services advised that staff of Family & Community Services have reviewed the incident leading to this death, reviewed the files, care plans and nurses notes and discussed the circumstances with staff of the facility.

Recommendation # 1

All seats/slings of mechanical lift devices should be equipped with some form of restraint.

Nursing Home Services will research the "sling/seats of medical lift devices" to determine best practice standards and provide the results to nursing homes in the province.

Recommendation # 2

After care for residents of nursing homes who have sustained a fall (from a mechanical lift) should include x-rays and a timely, in-person assessment by a physician to ensure the pain medications reflect the nature and extent of injuries

The nursing home in question will be directed to review their "major incident policy" to ensure that appropriate follow-up is outlined to both the Registered Nurse and the Physician.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

La ministre des Services familiaux et communautaires a indiqué que le personnel de son ministère a étudié l'incident ayant entraîné le décès de cette personne, a examiné les dossiers (plan d'intervention et notes du personnel infirmier) et a discuté des circonstances avec les employés de l'endroit.

Recommandation n° 1

Tous les sièges et toutes les toiles des appareils élévateurs doivent être équipés d'une pièce permettant de tenir la personne soulevée en place.

Les Services aux foyers de soins se documenteront sur les sièges et les toiles des appareils élévateurs afin d'établir des normes de pratiques exemplaires et de fournir les résultats aux foyers de soins de la province.

Recommandation n° 2

Les soins prodigués à un résidant d'un foyer qui est victime d'une chute d'un lève-patients doivent comprendre des radiographies et une évaluation sans délai par un médecin en personne afin de s'assurer que les médicaments prescrits pour contrer la douleur conviennent vraiment selon la nature et la gravité des blessures.

Le foyer de soins en question recevra la directive de revoir sa politique en cas d'accident grave afin d'assurer un suivi adéquat pour l'infirmière ou l'infirmier autorisé et le médecin.

Other Cases of Interest continued

Case #2

An 85 year old female resident of a large Moncton area nursing home had limited mobility due to a below knee amputation of her left leg and functional limitations of one arm. Confined to a wheelchair and restrained by a lap belt, she would propel herself around the home by rocking her upper body in the chair and pushing with her functioning leg. This practice had led to a fall in which she tipped forward and upset the chair onto herself. There were no significant injuries at that time. However, as a safety precaution, staff attached a tray over the chair to minimize the risk of her leaning too far forward and thus tipping the chair again. This security measure proved unsatisfactory to the resident as it created restrictions around the use of her arms.

Because the "tray method" of restraint was not acceptable to the resident, staff of the home advised the daughter that it would be her responsibility to obtain a better restraining device for her mother. Accordingly, the daughter called a local orthopaedic company to request an assessment. In the meantime, the resident continued to mobilize about the home in her chair, but without the tray. It is unclear when the orthopaedic company intended to do the assessment. Also unclear is the nature of communication and planning between staff of the nursing home, the daughter and the orthopaedic company in relation to the priority that had been given to this assessment. Some two and a half weeks following the initial fall, she again fell from her chair, this time striking her head. While an official of the Home states there is a fall risk assessment completed on each resident, there

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Cas n° 2

Puisque la résidente n'était pas d'accord avec l'installation du plateau, les membres du personnel ont informé sa fille qu'il lui incombait de trouver un dispositif de retenue plus efficace pour sa mère. La fille de la résidente a donc communiqué avec les représentants d'une entreprise d'orthopédie de la région afin qu'ils évaluent la situation. Entre temps, la résidente a continué de se déplacer en fauteuil roulant dans le foyer, mais sans le plateau. Il a été impossible de savoir exactement à quel moment l'entreprise prévoyait évaluer la situation de la résidente. Il a également été impossible de déterminer si les membres du personnel du foyer de soins, la fille de la résidente et les représentants de l'entreprise d'orthopédie avaient communiqué entre eux ou prévoyaient le faire afin de déterminer la priorité qu'il fallait accorder à cette évaluation. Le 9 septembre 2004, soit environ deux semaines et

Puisque la résidente n'était pas d'accord avec l'installation du plateau, les membres du personnel ont informé sa fille qu'il lui incombait de trouver un dispositif de retenue plus efficace pour sa mère. La fille de la résidente a donc communiqué avec les représentants d'une entreprise d'orthopédie de la région afin qu'ils évaluent la situation. Entre temps, la résidente a continué de se déplacer en fauteuil roulant dans le foyer, mais sans le plateau. Le moment auquel l'entreprise prévoyait évaluer la situation de la résidente n'a pas été déterminé clairement. Il a également été impossible de déterminer si les membres du personnel du foyer de soins, la fille de la résidente et les représentants de l'entreprise d'orthopédie avaient communiqué entre eux ou prévoyaient le faire afin de déterminer la priorité qu'il fallait accorder à cette évaluation. Environ deux semaines et demie après la chute

Other Cases of Interest continued

is no documentation that this resident had her fall risk assessment updated during the time when they were awaiting a more effective restraint device.

Although initially alert after the fall, the resident's level of consciousness decreased over the next 50 minutes. She was transported to the Moncton Hospital where she died early the next day of subdural and subarachnoid haemorrhage. In relation to the transfer of residents to hospital, an official of the Home advised there is a nursing protocol for the assessment and transfer of residents after a fall. It appears this resident was assessed and transferred in accordance with the protocol.

The Coroner made the following recommendations:

1. That any resident of a nursing home who falls and hits their head should be transported to hospital immediately for assessment by a physician; and

2. If it is determined that a resident of a nursing home must be restrained, they should be measured and fitted with a proper restraint.

The recommendations were forwarded to the Department of Family & Community Services for review and consideration.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

initiale, elle est tombée de son fauteuil roulant à nouveau. Cette fois-ci, elle s'est heurté la tête. Selon un représentant du foyer de soins, chaque résident fait l'objet d'une évaluation des risques de chute. Cependant, il n'existe aucun document attestant que les risques de chute de cette résidente avaient été réévalués en attendant de pouvoir lui fournir un dispositif de retenue plus efficace.

La résidente était consciente après la chute, mais est devenue de moins en moins consciente au cours de 50 minutes qui ont suivi. Elle a été transportée à l'hôpital de Moncton, où elle est décédée tôt le lendemain des suites d'une hémorragie sous-durale et d'une hémorragie sous-arachnoïdienne. En ce qui concerne le transfert des résidents à l'hôpital, un représentant du foyer de soins a indiqué qu'il existe un protocole à respecter pour l'évaluation et le transfert de résidents après une chute. Il semble que cette résidente ait été évaluée et transférée conformément au protocole.

Le coroner a formulé les recommandations suivantes :

1. Qu'il faut transporter immédiatement à l'hôpital tout résident d'un foyer de soins qui se heurte la tête en faisant une chute afin qu'il soit évalué par un médecin;

2. Qu'il faut prendre les mensurations nécessaires pour tout résident d'un foyer de soins qui doit être attaché à l'aide d'un dispositif de retenue afin de s'assurer que le dispositif utilisé lui convient.

Les recommandations ont été acheminées au ministère des Services familiaux et communautaires à des fins d'examen.

Other Cases of Interest continued

The Minister of Family & Community Services advised that staff of Family & Community Services have reviewed the incident leading to this death, reviewed the files, care plans and nurses notes and discussed the circumstances with staff of the facility.

Recommendation # 1

That any resident of a nursing home who falls and hits their head should be transported to hospital immediately for assessment by a physician.

The nursing home in question will be directed to review their "major incident policy" to ensure that appropriate follow-up is outlined to both the Registered Nurse and the Physician.

Recommendation # 2

If it is determined that a resident of a nursing home must be restrained, they should be measured and fitted with a proper restraint.

The nursing home in question will be directed to ensure that the multi-disciplinary care plan reviews are timely. The nursing home must also ensure that appropriate professions are engaged to assist in assessments when determining options related to restraints.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le ministre des Services familiaux et communautaires a indiqué que le personnel de son ministère a étudié l'incident ayant entraîné le décès de cette personne, a examiné les dossiers (plan d'intervention et notes du personnel infirmier) et a discuté des circonstances avec les employés de l'endroit.

Recommandation n° 1

Qu'il faut transporter immédiatement à l'hôpital tout résident d'un foyer de soins qui se heurte la tête en faisant une chute afin qu'il soit évalué par un médecin.

Le foyer de soins en question recevra la directive de revoir sa politique en cas d'accident grave afin d'assurer un suivi adéquat pour l'infirmière ou l'infirmier autorisé et le médecin.

Recommandation n° 2

Qu'il faut prendre les mensurations nécessaires pour tout résident d'un foyer de soins qui doit être attaché à l'aide d'un dispositif de retenue afin de s'assurer que le dispositif utilisé lui convient.

Le foyer de soins en question devra s'assurer de réviser le plan d'intervention multidisciplinaire en temps opportun. Il doit également assurer le recours à des professionnels adéquats afin d'aider à l'évaluation au moment de déterminer les options liées aux dispositifs de retenue d'une personne.

Other Cases of Interest continued

Case # 3

This 64 year old male was a resident of specialized care facility and died following an altercation with another patient when he fell from his wheelchair. He had been diagnosed with Alzheimer's and was confined to the wheelchair because of a previous fall resulting in a broken hip. The investigation revealed that he was belted into the wheelchair in a secluded room where staff did not have a clear view and where there were no mirrors nor video cameras for monitoring. As a result of an incident involving another patient, not witnessed by staff, but reported by yet another patient, this individual was found unconscious on the floor. Medical assistance was provided, an ambulance requested and he was transferred to the hospital where he died five days later.

Police investigated but no charges were pursued in relation to the case. However, the investigation revealed that the seatbelt on the wheelchair had been broken and repaired with a plastic electric tie. It also revealed that during the time of the incident, staff was occupied with other demands. The institution has made several changes including structural changes to facilitate visual monitoring, procedural changes around staffing at shift changes and meal times and regular safety inspections of equipment. The coroner has endorsed these changes and made no further recommendations regarding prevention.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Cas n° 3

Un résident d'un établissement de soins spécialisés est décédé à l'âge de 64 ans après être tombé de son fauteuil roulant pendant une altercation avec un autre patient. Il devait se déplacer en fauteuil depuis qu'il s'était fracturé la hanche lors d'une chute et il souffrait de la maladie d'Alzheimer. L'enquête a permis de déterminer qu'il était attaché à son fauteuil roulant au moyen d'une ceinture. Il se trouvait dans une salle isolée qui n'était pas clairement à la vue des membres du personnel, sans miroir ni caméra de surveillance. À la suite d'un incident impliquant un autre patient, incident qui n'a pas été vu par les membres du personnel mais signalé par un autre patient, le résidant a été trouvé inconscient sur le plancher. Des soins médicaux ont été prodigués, une ambulance a été dépêchée et il a été transporté à l'hôpital, où il est décédé cinq jours plus tard.

La police a effectué une enquête et aucune accusation n'a été portée. Cependant, l'enquête a révélé que la ceinture de sécurité du fauteuil roulant était brisée et avait été réparée à l'aide d'une attache en plastique. Il a également été déterminé que les membres du personnel étaient occupés à d'autres tâches au moment de l'incident. L'établissement a apporté plusieurs modifications, dont la restructuration de certains locaux de façon à faciliter la surveillance visuelle et la modification de la marche à suivre par les membres du personnel lors des changements de quart et à l'heure des repas. L'établissement vérifie également régulièrement l'équipement. Le coroner a approuvé ces changements et n'a formulé aucune autre recommandation en matière de prévention.

Other Cases of Interest continued

To ensure follow-up and for consideration by other institutions, the specific recommendations were:

1. That management of institutions ensure that wheelchairs and equipment be in good working order and that if repairs are made, the repairs do not compromise the safety of the elderly or disabled occupant

2. That staffing levels be sufficient to ensure the safety and supervision of patients, particularly during bursts of activity such as mealtimes and shift changes.

The recommendations were forwarded to the Departments of Health & Wellness and Family & Community Services for consideration.

The Minister of Health & Wellness advised that changes have been made at the institution in question as a result of the circumstances of this case. All wheelchairs are now custom fit to each patient after consultation with an occupational therapist and wheelchairs are no longer shared. Also, wheelchair repairs are done after consultation with the occupational therapist. During shift changes, there is always someone on the floor with residents and patients are now moved to a secluded area to permit visual monitoring at all times.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Pour assurer le suivi et pour le bien des autres établissements, les recommandations suivantes ont été formulées :

1. Que les gestionnaires des établissements veillent à ce que les fauteuils roulants et l'équipement soient en bon état de fonctionnement et que les réparations effectuées ne mettent pas les personnes âgées ou handicapées en danger;

2. Qu'il y ait suffisamment de personnel pour assurer la sécurité et la surveillance des patients, particulièrement pendant les périodes d'activité accrue, comme à l'heure des repas et lors des changements de quart.

Les recommandations ont été acheminées au ministère de la Santé et du Mieux-être et au ministère des Services familiaux et communautaires pour étude.

Le ministre de la Santé et du Mieux-être indique que des modifications ont été apportées à la façon de faire les choses dans l'établissement en question à la lumière des circonstances entourant ce cas. Tous les fauteuils roulants sont maintenant ajustés sur mesure pour chaque résident après une consultation auprès d'un ergothérapeute. Un fauteuil roulant donné ne servira plus au transport de résidents autres que celui à qui le fauteuil est destiné. De plus, les fauteuils sont réparés après consultation auprès d'un ergothérapeute. Lors de la transition d'un quart de travail donné au quart suivant, un membre du personnel demeure dorénavant sur place avec les résidents. Ceux-ci sont alors placés dans un endroit isolé qui permet tout de même de les observer en tout temps.

Other Cases of Interest continued

The Minister of Health & Wellness recommended that the case summary and recommendations be shared with all of New Brunswick's Regional Health Authorities for their information and appropriate action.

The Minister of Family & Community Services advised that the coroner's recommendations have been forwarded to the Director of Nursing Home Services and to the Coordinators of the Adult Residential Facilities as the individuals responsible for the inspection and monitoring of special care homes and community residences in New Brunswick. The Minister advised that special care homes and nursing homes are inspected annually to ensure their compliance with standards and regulations, including staffing levels.

Case # 4

In this case, a 4 month-old infant was placed for his afternoon nap in his parent's bed. A removable bed rail was used to ensure he did not roll off the bed. The bed rail did not have a secure anchor system to prevent it from moving. The child rolled against the rail, pushing it out far enough to create a gap between the rail and the mattress. He subsequently rolled into the gap and died as a result of asphyxia after being trapped in this position.

Children under one year of age should be put to sleep on their backs only in cribs that meet CSA safety standards and that when it is age appropriate to use a toddler or adult bed with a safety rail device, that the rail have an anchoring mechanism. See http://www.hc-sc.gc.ca/cps-spc/pubs/cons/garage_e.html

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le ministre de la Santé et du Mieux-être a recommandé que le résumé du dossier et les recommandations soient communiqués à toutes les régies régionales de la santé du Nouveau-Brunswick à titre d'information afin qu'elles prennent les mesures appropriées.

La ministre des Services familiaux et communautaires a rapporté que les recommandations du coroner ont été acheminées à la directrice des services des foyers de soins et aux coordonnateurs des établissements résidentiels pour adultes qui s'occupent de l'inspection et du contrôle des foyers de soins spéciaux et des résidences communautaires au Nouveau-Brunswick. La ministre a indiqué que les foyers de soins spéciaux et les foyers de soins font l'objet d'une inspection annuelle pour s'assurer qu'ils respectent les règlements et les normes applicables, notamment en ce qui concerne le niveau de dotation en personnel.

Cas n° 4

Un bébé de quatre mois avait été placé dans le lit de ses parents pour une sieste en après-midi. Une barrière amovible avait été installée pour l'empêcher de tomber du lit. Cependant, la barrière n'avait pas de système d'ancrage solide. Le bébé s'est retourné contre la barrière, la poussant juste assez pour créer un vide entre celle-ci et le matelas. Il est plus tard tombé dans cet espace, y est demeuré emprisonné et est mort asphyxié.

Les enfants de moins d'un an doivent être couchés sur le dos dans des couchettes qui répondent aux normes de sécurité de la CSA. Lorsque le bébé est assez vieux pour dormir dans un lit pour jeunes enfants ou adultes muni d'une barrière de sécurité, un système d'ancrage solide doit être utilisé. Voir le site Web suivant : http://www.hc-sc.gc.ca/cps-spc/pubs/cons/garage_f.html.

Other Cases of Interest continued

The issue of safe sleep environments for infants is a concern among coroner services across the country. The BC Coroners Service recently made a number of recommendations related to Safe Infant Sleep. The full report of the BC Infant Death Review 2003-2004 is available on the web as follows: www.pssg.gov.bc.ca/coroners/child-death-review.

The Coroner made the following recommendations:

1. That more public awareness be implemented by the Department of Health and Wellness regarding appropriate sleep environments for infants, including the danger in using unanchored bed rails and bed-sharing.

2. That all bedrails shall be equipped with an anchor system to keep the bed rail firmly against the mattress.

The recommendations were forwarded to the Departments of Health & Wellness, the College of Physicians & Surgeons NB and Health Canada's Consumer Product Safety Bureau.

The Registrar of the College of Physicians and Surgeons noted that the Canadian Paediatric Society published a revised policy statement and parental information on this issue last year (see http://www.caringforkids.cps.ca/babies/SafeSleep.htm).

Autres cas dignes d'intéret (suite)

L'importance de fournir aux bébés un environnement de sommeil sécuritaire constitue une source de préoccupation pour les services des coroners de l'ensemble du pays. Le service des coroners de la Colombie-Britannique a récemment formulé un certain nombre de recommandations concernant le sommeil sécuritaire des nourrissons. Il est possible d'avoir accès au rapport complet de l'étude sur les morts infantiles pour 2003-2004 par le service des coroners de la Colombie-Britannique en se rendant sur le Web à l'adresse www.pssg.gov.bc.ca/coroners/child-death-review.

Le coroner a formulé les recommandations suivantes :

1. Que le ministère de la Santé et du Mieux-être organise davantage de campagnes de sensibilisation publique sur l'importance d'assurer un environnement de sommeil sécuritaire pour les bébés, soulignant entre autres le danger des barrières de lit sans système d'ancrage solide et du partage d'un lit avec un bébé.

2. Que toutes les barrières de lit soient munies d'un système d'ancrage qui maintient la barrière fermement appuyée contre le matelas.

Les recommandations ont été transmises au ministère de la Santé et du Mieux-être, au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick et au Bureau de la sécurité des produits de consommation de Santé Canada.

Le registraire du Collège des médecins et chirurgiens a fait savoir que la Société canadienne de pédiatrie a publié un énoncé de politique révisé et de l'information parentale sur la question l'année dernière (voir http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/grossesse/SommeilSecuritaire.htm).

Other Cases of Interest continued

Health Canada confirmed that they are responsible for the administration of the Hazardous Products Act (HPA) and regulations. These are intended to protect the health and safety of the public by prohibiting or regulating the sale, advertisement and importation of consumer products that pose, or are likely to pose, a hazard. However, bed guards are not currently regulated under the HPA.

Recommendation #1

That more public awareness be implemented by the Department of Health and Wellness regarding appropriate sleep environments for infants, including the danger in using unanchored bed rails and bed-sharing.

Health Canada is considering the production of a consumer information document on safe sleeping practices for infants and young children, which would include information on bed guard safety and the risks associated with bed sharing. Health Canada currently offers recommendations regarding the safe use of bunk beds in the form of a Public Education Bulletin for consumers. In 2003, Health Canada released an advisory targeted at parents and caregivers warning them of the dangers associated with placing infants and young children to sleep on surfaces not specifically designed to accommodate a sleeping infant or young child such as soft mattresses, sofas, waterbeds, air mattresses or other similarly soft surfaces. This advisory also included the warning that infants and young children could suffocate as a result of sleeping with an adult

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Santé Canada a confirmé être chargé de l'administration de la *Loi sur les produits dangereux* et de ses règlements, qui visent à protéger la santé et la sécurité du public en interdisant ou en réglementant la vente, la publicité et l'importation de produits de consommation qui présentent ou qui pourraient présenter des risques. Toutefois, les barres de retenue de lit ne font pas actuellement l'objet d'une réglementation en vertu de la *Loi sur les produits dangereux*.

Recommandation n° 1

Que le ministère de la Santé et du Mieux-être organise davantage de campagnes de sensibilisation publique sur l'importance d'assurer un environnement de sommeil sécuritaire pour les bébés, soulignant entre autres le danger des barrières de lit sans système d'ancrage solide et du partage d'un lit avec un bébé.

Santé Canada envisage de produire un document d'information à l'intention des consommateurs sur les pratiques de sommeil sécuritaires pour les bébés et les jeunes enfants, qui inclurait de l'information sur la sécurité liée aux barres de retenue de lit et sur les risques associés au partage du lit. Santé Canada présente actuellement des recommandations au sujet de l'utilisation sécuritaire des lits superposés sous la forme d'un bulletin d'information à l'intention des consommateurs. En 2003, Santé Canada a diffusé un avis afin d'avertir les parents et les fournisseurs de soins qu'il est dangereux de coucher des bébés et de jeunes enfants sur des surfaces qui ne sont pas spécifiquement conçues pour eux, comme un matelas mou, un sofa, un lit d'eau, un matelas soufflé ou toute autre surface qui n'est pas ferme.

Other Cases of Interest continued

(see http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/advisories-avis/2003/2003_65_e.html). However Health Canada will always consider additional consumer educational material, as this is an important component of injury prevention.

The Registrar of the College of Physicians and Surgeons will remind physicians in a subsequent newsletter of the importance of discussing these issues with parents at the earliest opportunity, prior to the child leaving the hospital and during routine antenatal care. The Registrar cited the Canadian Paediatric Society's research that the difficulties arise most often when the child is not in their "routine" sleeping circumstances and sleeping with a non-parent or in temporary arrangements made during travel.

Recommendation #2

That all bedrails shall be equipped with an anchor system to keep the bed rail firmly against the mattress.

Health Canada is considering making the recommendation that all bed rails sold, imported and advertised in Canada meet the requirements of the voluntary standard, ASTM F2085-03, Standard Consumer Safety Specification for Portable Bed Rails. This standard addresses the hazards of entrapment between the bed rail and mattress in addition to specifying warning labelling requirements.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Cet avis comprenait également un avertissement à l'effet que les bébés et les jeunes enfants peuvent suffoquer s'ils dorment avec un adulte (voir http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/advisories-avis/2003/2003_65_f.html). Cependant, Santé Canada envisagera toujours de publier des documents éducatifs additionnels à l'intention des consommateurs, puisqu'il s'agit là d'une composante importante de la prévention des blessures.

Le registraire du Collège des médecins et chirurgiens rappellera aux médecins dans un futur bulletin l'importance de discuter de ces questions avec les parents le plus tôt possible, avant que l'enfant quitte l'hôpital et au cours des soins prénatals de routine. Le registraire a cité des recherches effectuées par la Société canadienne de pédiatrie, qui ont révélé que les difficultés surviennent le plus souvent lorsque l'enfant n'est pas dans sa routine de sommeil et dort avec une personne autre que les parents ou selon des dispositions temporaires prises pendant un voyage.

Recommandation n° 2

Que toutes les barrières de lit soient munies d'un système d'ancrage qui maintient la barrière fermement appuyée contre le matelas.

Santé Canada envisage de recommander que tous les côtés de lit vendus, importés et visés dans la publicité au Canada respectent les exigences de la norme volontaire F2085-03 de l'American Society for Testing and Materials (ASTM), *Standard Consumer Safety Specification for Portable Bed Rails*. Cette norme porte sur les risques de coinçage entre le matelas et le côté de lit en plus de préciser les exigences relatives aux étiquettes de mise en garde.

Other Cases of Interest continued

The Minister of Health & Wellness advised that Public Health offers a targeted Early Childhood Initiatives Program to eligible pre and post-natal clients. Within this context, Public Health nurses provide information with regards to age appropriate safe sleeping surfaces. The Minister also forwarded the case summary and recommendations to the Regional Health Authorities to allow them to share information regarding safe sleep environments for infants with their obstetrical units as well as their Public Health staff.

Case #5

This 26 year old male died as a result of a drug overdose (including cocaine, marijuana and benzodiazepines). He had a history of drug and alcohol abuse, problems with pain control and depression. He was under the care of his family physician since 2002 for various conditions resulting in pain problems, for which he was prescribed opiates. The family physician treated him for depression in 2001 and again in mid 2004, noted a problem with alcohol abuse, and prescribed or provided psychotropic drugs.

By the summer of 2004, he was unemployed, had relationship problems and following a break-up with his girlfriend, spoke to friends of his plans to suicide.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le ministre de la Santé et du Mieux-être a fait remarquer que les services de Santé publique offrent un programme ciblé, appelé Initiatives pour la petite enfance, qui est destiné aux parents qui attendent un enfant ou qui ont des enfants en bas âge. Dans le cadre de ce programme, des infirmières-hygiénistes fournissent de l'information sur le choix d'une surface de sommeil sécuritaire et appropriée selon l'âge du bébé. Le ministre a aussi envoyé le résumé du dossier et les recommandations aux régies régionales de la santé afin que chacune puisse diffuser auprès des unités d'obstétrique et du personnel de Santé publique de plus amples renseignements concernant les mesures à prendre pour assurer aux nourrissons un sommeil sans risques.

Cas n° 5

Un homme de 26 ans est décédé par suite d'une surdose de drogues (y compris de la cocaïne, de la marijuana et des benzodiazépines). Il avait des antécédents de consommation excessive de drogues et d'alcool, de problèmes liés à la gestion de la douleur et de dépression. Il se faisait traiter par son médecin de famille depuis 2002 pour divers troubles lui causant de la douleur, à l'égard desquels il s'était fait prescrire des opiacés. Le médecin de famille l'a également traité relativement à une dépression en 2001 et de nouveau au milieu de 2004, a constaté l'existence d'un problème lié à l'abus d'alcool et a prescrit ou fourni à ce patient des médicaments psychotropes.

À l'été de 2004, il était en chômage, avait des difficultés dans ses relations interpersonnelles et, après une rupture avec sa petite amie, a parlé à des amis de ses plans de suicide.

Other Cases of Interest continued

In the weeks immediately preceding his death, the investigation shows that he saw his family physician, was diagnosed as depressed, was prescribed medications and was provided with samples of medications. Five days later he saw his family physician again, was diagnosed with anxiety problems and had his medications adjusted again. The following day he expressed suicidal thoughts to friends. His friends contacted a help line that weekend and were advised to take him to ER if he showed risk of self harm. He was assessed by the psychiatrist on call at the Moncton ER (July 4th). The next day he saw his family physician again for depression.

The same weekend he was found face down on the ground in front of the family cottage, by family members. EMTs responded and found vital signs absent and an obstructed airway and he was pronounced dead in the early hours of the next morning.

During the investigation, the family physician stated that he had not disclosed suicidal thoughts and had not requested a referral to a psychiatrist. Moreover, the physician indicates that on his last visit, he did not disclose that he had been seen at ER the previous evening. The ER record and hospital tests indicating the use of drugs of abuse were not made available to the family doctor until after the death.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

L'enquête montre que dans les semaines précédant son décès, il a vu son médecin de famille, qui a posé un diagnostic de dépression, prescrit des médicaments et fourni des échantillons de médicaments. Cinq jours plus tard, il a de nouveau consulté son médecin de famille, qui a posé un diagnostic de problèmes d'anxiété et modifié la posologie des médicaments. Le jour suivant, il a exprimé des idées suicidaires à des amis. Ses amis ont téléphoné à une ligne d'aide et se sont fait dire de l'emmener à un service d'urgence s'ils avaient des raisons de croire que ce dernier pouvait se faire du mal. Le psychiatre de garde au service d'urgence de Moncton l'a évalué (4 juillet). Le jour suivant, il a de nouveau consulté son médecin de famille pour sa dépression.

La même fin de semaine, des membres de sa famille l'ont trouvé à plat ventre par terre devant le chalet familial. Les techniciens ambulanciers qui sont intervenus n'ont détecté chez lui aucun signe vital et ont remarqué que ses voies respiratoires étaient obstruées. On a constaté le décès aux petites heures le lendemain matin.

Durant l'enquête, le médecin de famille a déclaré que son patient n'avait pas divulgué le fait qu'il avait des pensées suicidaires et qu'il n'avait pas demandé à voir un psychiatre. De plus, il a précisé qu'à sa dernière visite, son patient n'avait pas révélé avoir été examiné au service d'urgence la veille. Le dossier du service d'urgence et les résultats des analyses effectuées à l'hôpital révélant les problèmes de drogue du patient n'ont été mis à la disposition du médecin de famille qu'après le décès.

Other Cases of Interest continued

The facts demonstrate that the psychiatrist did not consult the family physician at the emergency room visit, prior to making his diagnosis. Once the diagnosis was made, there is no record of a referral to Mental Health for follow up on the recommendation of psychotherapy nor a referral for a psychological assessment.

Information from the family indicated that they believed that psychotherapy would be costly, was not covered by Medicare, and they were not aware that these services are offered by Mental Health. The investigation confirmed that he never received services from the Mental Health Clinic.

The investigating coroner has recommended that there be more public awareness on the problems of alcohol and drug abuse.

Based on the review of the case, and the statements of the family physician, the following are some additional recommendations for service providers, when these problems have been identified:

- That a protocol for information sharing be developed between ER, Mental Health, Addiction Services and family physicians when a patient has been assessed for suicidal thoughts.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Les faits montrent que le psychiatre de garde à l'urgence n'a pas consulté le médecin de famille avant de poser son diagnostic. Rien n'indique qu'une fois le diagnostic établi, le patient a été envoyé aux Services de la santé mentale afin de donner un suivi à la recommandation concernant la psychothérapie ou de subir une évaluation psychologique.

Les renseignements fournis par les membres de la famille montrent que ces derniers croyaient que la psychothérapie était coûteuse et qu'elle n'était pas couverte par l'assurance-maladie et qu'ils ne savaient pas que ces traitements étaient offerts par les Services de la santé mentale. L'investigation a permis de confirmer que le patient n'a jamais reçu de services de la clinique de santé mentale.

Le coroner chargé de l'enquête a recommandé que l'on sensibilise davantage le public aux problèmes liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues.

Après avoir examiné le cas et les déclarations du médecin de famille, le coroner a formulé quelques recommandations supplémentaires à l'intention des fournisseurs de services quand des problèmes de la sorte ont été cernés, à savoir :

- Que soit mis en place un protocole d'échange de renseignements entre les services d'urgence, les Services de la santé mentale, les Services de traitement des dépendances et les médecins de famille dans les cas où il a été établi qu'un patient a des pensées suicidaires.

Other Cases of Interest continued

- That the protocol provide for a multi-disciplinary assessment of the patients needs and a treatment plan

- That family physicians be reminded of the services available through both Mental Health and Addiction Services

- That the importance of collaboration be stressed at all levels, among all service providers, to ensure effective patient treatment

- That family physicians be reminded of the importance of instituting treatment contracts to promote full disclosure by patients before prescribing, or dispensing, opiates and psychotropic drugs for patients with a history of alcohol and/or drug abuse.

The recommendations were forwarded to the Minister of Health & Wellness and the Registrar of the College of Physicians NB for review and response.

The Minister of Health & Wellness highlighted findings from the *Research Project on Death by Suicides in New Brunswick between April 2002 and May 2003,* published in April 2005 (Page 25).

Two of the four objectives of the project were to describe the help-seeking behaviours and use of health services, and to evaluate how well practitioners, programs and the health and social services system in New Brunswick responded to

Autres cas dignes d'intéret (suite)

- Que ce protocole prévoit l'évaluation multidisciplinaire des besoins des patients et l'élaboration d'un plan de traitement.

- Qu'on rappelle aux médecins de famille les services offerts par les Services de la santé mentale et les Services de traitement des dépendances.

- Qu'on insiste sur l'importance de la collaboration à tous les niveaux, entre tous les fournisseurs de services, afin d'assurer le traitement efficace des patients.

- Qu'on rappelle aux médecins de famille l'importance de conclure des contrats de traitement avec les patients afin de favoriser la pleine divulgation par ces derniers avant de prescrire ou de fournir des opiacés ou des médicaments psychotropes aux patients ayant des antécédents d'abus d'alcool ou d'autres drogues.

Cette recommandation a été acheminée au ministre de la Santé et du Mieux-être et au registraire du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick afin qu'ils les passent en revue et fournissent leurs commentaires.

Le ministre de la Santé et du Mieux-être a souligné certaines conclusions de l'*Étude sur le suicide au Nouveau-Brunswick entre avril 2002 et mai 2003* publiée en avril 2005 (Page 25).

L'étude visait quatre objectifs, dont les deux suivants : décrire la recherche d'aide et le recours aux services de santé, ainsi qu'évaluer l'adéquation de la réponse aux besoins de services par les intervenants, par les programmes et par le système

Other Cases of Interest continued

service needs. Project results showed that "…problems associated with treatment of alcohol or drug addiction account for the biggest discrepancy between services received and services required, followed closely by problems associated with treatment for suicide-related problems and depression. Persons presenting these combined problems are the ones who received adequate interventions least often and who should have received multidisciplinary management... *these deficiencies are major when it comes to referral between services and assessment.*"

The Minister advised that in light of these findings and their relevance to this case, it would be worthwhile to have the Southeast Regional Health Authority review this case involving staff from the specialized mental health services and the emergency room department. In addition, the Regional Health Authority should implement regional protocols related to meeting coordination and governance needs, particularly those associated with continuity of patient care and follow-up, coordination of cases presenting multiple problems, and treatment protocol for cases presenting multiple problems.

The case summary and recommendations have been forwarded to facilitate this review.

The Registrar of the College of Physicians NB advised that the College endorses the recommendations made in relation to this case. The Registrar noted that family physicians are not unfamiliar with the difficulties presented in this case and frequently express frustration when attempting to obtain information from Mental Health Clinics. Moreover, they have identified

Autres cas dignes d'intéret (suite)

de santé et de services sociaux du Nouveau-Brunswick. L'étude a démontré que « …ce sont les problèmes associés aux traitements de l'alcool/drogue où l'on observe le plus grand écart, suivi de près des problèmes associés aux traitements des problèmes suicidaires et de la dépression. Ce sont particulièrement les personnes souffrant de ces difficultés combinées qui reçoivent le moins souvent des interventions adéquates et pour lesquelles la prise en charge devrait être multidisciplinaire. ... *les écarts sont majeurs concernant l'aiguillage entre les services et l'évaluation.* ».

Compte tenu des conclusions de cette recherche et de leur pertinence dans le cas présent, le ministre estime qu'il serait utile de demander au personnel spécialisé des services de santé mentale et des salles d'urgence de la Régie régionale de la santé du Sud-Est de passer le dossier en revue. De plus, il est recommandé que la Régie régionale de la santé mette sur pied des protocoles régionaux pour répondre aux besoins en matière de coordination et d'administration, particulièrement ceux qui concernent la continuité et le suivi du traitement des patients, ainsi que la coordination des dossiers qui comprennent des problèmes multiples.

Les recommandations et le résumé du dossier ont été envoyés à la Régie afin de faciliter cet examen.

Le registraire du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick a indiqué que le Collège appuie les recommandations formulées dans le dossier en cause. Il fait remarquer que les problèmes soulevés dans le dossier sont familiers aux médecins et que ces derniers expriment souvent de la frustration lorsqu'ils doivent obtenir des renseignements d'une clinique de santé mentale. Ils

Other Cases of Interest continued

difficulties in being able to speak to any of the psychiatrists who may be providing care for their patients and believe there are systemic problems which obstruct access to information.

The Registrar noted that physicians have advised that they have been surveyed concerning their experience with the Mental Health System and are hopeful that changes are under review to provide a more integrated approach to patient care.

Case #6

A 48 year old male lived in the Fredericton area and had a history of mental illness, alcoholism and psychiatric treatment. He was living in a subsidized housing facility where, according to house policy, he was expected to be accountable for his own behaviours. He was not supervised nor monitored in relation to his personal health issues. In early April, 2004 he was taken to the Dr Everett Chalmers Hospital where he was treated in the emergency department for a drug overdose. He was described during his overnight stay as being confused and inappropriate in his behaviours. He was discharged into his own care the next day, returning to his residence via taxi. Throughout the following day and evening, he was observed by other residents and staff of the house to be in a very deep sleep. The next morning, he was found in his bed, dead from an overdose of his prescription medications.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

ont également de la difficulté à entrer en contact avec les psychiatres qui fournissent des services à leurs patients. Ils croient que des obstacles systémiques les empêchent d'avoir accès aux renseignements requis.

Le registraire a fait remarquer que les médecins ont indiqué avoir récemment répondu à un sondage sur leur expérience avec le réseau de santé mentale et ont espoir que des changements seront apportés afin que le traitement des patients se fasse dans le cadre d'une approche mieux coordonnée.

Cas n° 6

Un homme de 48 ans vivant dans la région de Fredericton avait des antécédents de maladie mentale, d'alcoolisme et de traitement psychiatrique. Il habitait un logement subventionné où, selon la politique de la maison, on s'attendait à ce qu'il soit responsable de ses comportements. Il n'était pas surveillé ni suivi relativement à ses problèmes de santé. Au début d'avril 2004, on l'a emmené à l'hôpital D^{r} Everett Chalmers, où il a été traité au service d'urgence pour une surdose de drogue. Durant la nuit qu'il a passée à l'hôpital, on l'a trouvé confus et affichant des comportements inconvenants. Le lendemain, on lui a donné son congé et on l'a laissé à ses propres soins. Il est rentré chez lui en taxi. La journée et la soirée suivantes, d'autres locataires et des membres du personnel de la maison l'ont vu dormir d'un sommeil très profond. Le lendemain matin, on l'a trouvé sur son lit, mort d'une surdose de ses médicaments de prescription.

Other Cases of Interest continued

A 31 year old male resided in the Edmundston area. He was experiencing considerable personal stress in his life, including a recent separation from his wife. He had been assessed on two occasions by professionals at the local Community Mental Health Clinic and given further appointments for professional consultation. Late one evening, he contacted a baby sitter to take his children, indicating to her that he planned to end his life. She contacted the RCMP to whom he denied any plan for suicide. However, as a precautionary measure, the investigating officer persuaded him to seek medical assistance at the Edmundston Regional Hospital. After a brief assessment by the duty physician in the emergency room, he was discharged. A short time later, he contacted his estranged wife indicating suicide was imminent. She, in turn, called the RCMP who found him dead of a self-inflicted shotgun wound upon their arrival at his residence.

The Coroner made the following recommendation:

> That Health Authorities undertake a review of their policies and procedures related to the assessment, treatment and discharge of persons who are known to have exhibited suicidal behavior or expressed suicidal intentions and who present to their Emergency Department.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Un homme de 31 ans vivant dans la région d'Edmundston éprouvait beaucoup de stress dans sa vie, causé entre autres par une séparation récente d'avec sa femme. Il avait été examiné à deux reprises par des professionnels de la clinique locale de santé mentale communautaire. On avait alors fixé d'autres rendez-vous pour consultation professionnelle. Tard un soir, il a appelé une gardienne pour qu'elle prenne ses enfants, lui indiquant qu'il avait l'intention de s'enlever la vie. Cette dernière a communiqué avec la GRC, à qui l'homme a nié vouloir se suicider. Cependant, par mesure de précaution, le gendarme chargé du dossier a convaincu l'homme d'obtenir l'aide d'un médecin à l'Hôpital régional d'Edmundston. Après avoir été examiné rapidement par le médecin de service dans la salle d'urgence, on lui a donné son congé. Peu de temps après, il a communiqué avec son ex-conjointe pour lui faire part de son suicide imminent. À son tour, elle a téléphoné à la GRC. Des gendarmes se sont rendus à la résidence de l'homme et, à leur arrivée, ont trouvé ce dernier mort d'une blessure résultant d'un coup de fusil qu'il s'était infligé.

Le coroner a formulé la recommandation suivante :

> Que les régies de la santé passent en revue leurs directives et leurs modalités concernant l'évaluation, le traitement et la mise en congé de personnes qui se présentent au service d'urgence de leur localité et qui sont connues pour avoir des comportements suicidaires ou pour avoir exprimé des intentions de suicide.

Other Cases of Interest continued

The Minister of Health & Wellness advised that each of the eight Regional Health Authorities was asked to review their policies and procedures in relation to assessment, treatment and discharge of persons with suicidal behaviour and verify that emergency departments assess, treat and discharge such persons consistent with established standards and professional practice guidelines.

As a result of this review, respondents noted that the assessment of suicide risk is both an art and a science. The suicide research report recently published in New Brunswick has proven to be very helpful in identifying possible groups at higher risk. Several noted that it is not possible to admit to hospital every person who speaks of the possibility of suicide as this would necessitate quadrupling psychiatric beds in the province and this would not be seen as good psychiatric practice anywhere in Canada.

The RHAs described the continuum of services available and confirmed that all patients presenting with any form of suicidal ideation, gestures or suicidal attempts who present to the Emergency Department undergo a risk assessment to determine their risk of suicide. In all cases, patients are assessed by an attending physician in the Emergency Department who must determine if the patient poses any substantial risk that merits hospitalization. The physician has the option to consult with the psychiatrist on call in deciding whether to admit or discharge, depending on his/her assessment of the risk. Depending on the community size, resources and practices vary on whether there is an assessment by a psychiatric nurse as an alternate to calling a psychiatrist.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le ministre de la Santé et du Mieux-être a signalé avoir demandé à chacune des régies régionales de la santé (RRS) de passer en revue ses directives et ses modalités concernant l'évaluation, le traitement et la mise en congé de personnes affichant un comportement suicidaire et de s'assurer que le personnel des services d'urgence évalue, traite et met en congé les personnes de la sorte conformément aux normes et aux pratiques professionnelles établies à cet égard.

Par suite de cet examen, les répondants ont indiqué que l'évaluation du risque de suicide est à la fois un art et une science. Le rapport de recherche sur le suicide rendu public récemment au Nouveau-Brunswick s'est avéré très utile pour identifier les groupes qui pourraient être à risque élevé. Plusieurs ont laissé entendre qu'il n'est pas possible d'admettre à l'hôpital toutes les personnes qui parlent de la possibilité de s'enlever la vie étant donné qu'une telle mesure nécessiterait qu'on quadruple le nombre de lits de psychiatrie dans la province et qu'elle ne serait considérée nulle part au Canada comme une bonne pratique en psychiatrie.

Les RRS ont décrit le continuum de services disponibles et confirmé qu'on soumettait tous les patients manifestant la moindre forme de pensées, de gestes ou d'intentions suicidaires qui se présentent au service d'urgence à une évaluation afin de déterminer leur risque de suicide. Dans tous les cas, les patients sont examinés par un médecin traitant du service d'urgence qui doit déterminer si le patient pose un risque substantiel nécessitant une hospitalisation. Le médecin peut consulter le psychiatre de garde avant de décider d'admettre un patient ou de lui donner son congé, selon l'évaluation du risque qu'il a faite. Selon la taille de la communauté, les ressources et les pratiques varient quant à l'évaluation, car celle-ci peut être effectuée par une infirmière psychiatrique plutôt

Other Cases of Interest continued

Psychiatric nurses may make an assessment and advise the attending physician on an appropriate treatment decision. In other instances, the psychiatric nurse gathers the necessary information before the psychiatrist is consulted.

Anyone assessed to be at serious risk would be admitted until such time as the crisis was over and a treatment plan was in place. Patients with a low risk assessment are discharged with a plan of family/community support. When patients are intoxicated, they cannot be assessed until they have undergone detoxification. If this service is not available, the options are to keep the person in ER or notify the police and have the person held in custody.

Timely follow up for out-patient counselling for discharged patients is essential and the Community Mental Health Clinic standard to see the patient is between 24 and 72 hours. Several regions have a tele-psychiatry service to provide timely assessment and linkages to community resources or hospital admission. Two regions have also implemented Mobile mental health services to allow for timely assessment in a community setting. These are examples of assessment and/or treatment in the community as an alternative to assessment at the emergency department.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

que par un psychiatre de garde. Ces infirmières peuvent faire l'évaluation et conseiller le médecin traitant relativement au traitement à prescrire. Dans d'autres cas, l'infirmière psychiatrique pourrait recueillir les renseignements nécessaires avant que le médecin traitant consulte le psychiatre

Toute personne identifiée comme présentant un risque grave serait admise jusqu'à ce que la crise soit terminée et qu'un traitement ait été mis en place. Les patients dont l'évaluation révèle un faible risque sont mis en congé et reçoivent un plan de soutien familial ou communautaire. Si un patient est en état d'ébriété, on ne peut pas l'évaluer avant qu'il ait subi une désintoxication. Si le service n'est pas disponible, on peut soit garder le patient en question au service d'urgence, soit aviser la police et faire mettre ce dernier sous garde.

Il importe d'effectuer rapidement un suivi concernant le counseling en consultations externes à l'égard des patients mis en congé. La norme de la clinique de santé mentale communautaire pour ce qui est de voir le patient est entre 24 et 72 heures. Plusieurs régions disposent d'un service de télépsychiatrie permettant d'offrir, en temps opportun, des évaluations et des liens vers des ressources communautaires ou d'assurer l'admission dans un hôpital. Deux régions ont également instauré des services itinérants d'intervention en santé mentale pour permettre d'effectuer rapidement des évaluations dans la communauté. Voilà des exemples d'évaluation ou de traitement en milieu communautaire comme moyen de rechange à l'évaluation au service d'urgence.

Other Cases of Interest continued

All Regional Health Authorities (RHAs) have policies and protocols governing assessment, treatment and discharge when patients present to the Emergency Department that are evidence based and when developed, reflected best practices in this field of care. In some instances, formal assessments of the mental health programs have been done or teams are used to study improvements in practice.

All Regional Health Authorities confirmed that they had reviewed their practices, policies and procedures and are satisfied their practices are appropriate or have undertaken policy reviews as a result of these cases.

Case #7

This 61 year old female, died in December 2004 as a result of injuries sustained in a motor vehicle accident on Route 102, Lower Greenwich, New Brunswick. The accident occurred approximately 09:49 hours and since it had rained earlier, there was black ice on the road at the time of the accident.

The driver, together with a passenger, was driving southbound on route 102 in Lower Greenwich, when she lost control on the icy road and left the road on the west side. The vehicle slid sideways, struck a mailbox, went down a steep embankment, landing on its wheels and then rolled down the embankment backward before it stopped in the water.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Toutes les RRS ont adopté des directives et des protocoles fondés sur les faits qui régissent l'évaluation, le traitement et la mise en congé quand des patients se présentent au service d'urgence et dont l'élaboration reflète les pratiques exemplaires dans le domaine. Dans certains cas, des évaluations officielles sont menées à bien quant aux programmes de santé mentale ou on a recours à des équipes pour étudier les améliorations des pratiques.

Toutes les RRS ont confirmé avoir passé en revue leurs pratiques, leurs directives et leurs modalités et sont convaincues que les pratiques sont satisfaisantes ou ont entrepris des examens de directives par suite des cas en question.

Cas n° 7

Une femme de 61 ans est décédée en décembre 2004 des suites de blessures subies dans un accident survenu sur la route 102, à Lower Greenwich, au Nouveau-Brunswick. Plus tôt le matin il avait plu, et au moment de l'accident, soit à 9 h 49, de la glace noire s'était formée sur la chaussée.

La conductrice, avec une passagère à bord, se dirigeait vers le sud sur la route 102 à Lower Greenwich lorsqu'elle a perdu la maîtrise de son véhicule sur la chaussée glacée, quittant la route du côté ouest. Le véhicule a dérapé latéralement, heurtant une boîte aux lettres pour ensuite débouler une pente abrupte. Après avoir atterri sur les roues, le véhicule a poursuivi sa course à reculons et s'est retrouvé dans l'eau.

Other Cases of Interest continued

The Coroner has made the following recommendation:

"That the Department of Transportation be advised of the accident and requested to review the site for placement of a guardrail".

The response from the Department of Transportation was not available at the time of publication.

Case # 8

Three youths on bicycles were attempting to cross Moncton's Wheeler Boulevard during the evening rush hour. They managed to cross the southbound lanes to the grassy median and were attempting to cross the northbound lanes when two of the youths were struck by a motorist who had just accelerated and changed lanes to pass a van. Because of the traffic, the driver had not seen the youths on the median. One of the youths, a 13-year-old female, died as a result of the injuries sustained in the collision. The area where the accident occurred is between Mountain Road and Killam Drive and while it is a convenient place for local residents to cross the highway, it is not a designated crossing area.

The Coroner did not recommend a public inquest into this death, but has made the following recommendations:

1. That a fence be erected along this section of highway to help prevent a similar tragedy.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le coroner a formulé la recommandation suivante :

« Que le ministère des Transports soit mis au courant de l'accident et effectue une évaluation des lieux afin de déterminer s'il faut y installer un garde-fou. ».

Au moment de la publication du rapport, nous attendions toujours une réponse du ministère des Transports.

Cas n° 8

Trois jeunes à bicyclette tentaient de traverser le boulevard Wheeler à Moncton pendant l'heure de pointe le soir. Ils ont réussi à traverser les voies en direction sud pour se rendre au terre-plein central gazonné. En tentant de traverser les voies en direction nord, deux des jeunes ont été happés par un automobiliste qui venait d'accélérer et de changer de voie pour dépasser une fourgonnette. En raison de la densité de la circulation, le conducteur n'a pas vu les jeunes sur le terre-plein. Une adolescente de 13 ans qui faisait partie du groupe est décédée des suites de blessures subies dans la collision. L'accident est survenu entre le chemin Mountain et la promenade Killam. Les résidants de l'endroit traversent régulièrement le boulevard à cet endroit, mais il ne s'agit pas d'un passage désigné pour piétons.

Le coroner n'a pas ordonné la tenue d'une enquête publique relativement à ce décès, mais a formulé les recommandations suivantes :

1. Qu'une clôture soit érigée le long de cette section de route afin d'aider à prévenir une tragédie semblable.

Other Cases of Interest continued

2. That the cyclists and pedestrians be continually reminded of the importance of crossing this busy highway only at appropriately designed locations.

The recommendations were forwarded to the Department of Transportation and the City of Moncton for review and response.

Recommendation # 1

That a fence be erected along this section of highway to help prevent a similar tragedy.

The City of Moncton advised that their Transportation Committee has discussed this location on several occasions and has erected barriers and signage at both ends of Ryan Street to discourage short-cuts.

Wheeler Boulevard is the responsibility of the Province and consequently the City passed a resolution requesting that the province build a pedestrian walkway across Wheeler Boulevard near the scene of this accident. Subsequently, the Department of Transportation has engaged an architectural firm to review the crossing. It is the City's understanding that there will be a berm/barricade, chain link fencing and signing at the ends of the two streets.

The Minister of Transportation advised that the province and the City of Moncton retained experts to study pedestrian and cyclist activities in the area of Ryan Street and Wheeler Boulevard and

Autres cas dignes d'intéret (suite)

2. Que l'on rappelle continuellement aux cyclistes et aux piétons l'importance de traverser cette autoroute achalandée seulement aux endroits désignés.

Les recommandations ont été transmises au ministère des Transports et à la Ville de Moncton afin qu'elle les examine et qu'elle y réponde.

Recommandation n° 1

Qu'une clôture soit érigée le long de cette section de route afin d'aider à prévenir une tragédie semblable.

La Ville de Moncton indique que les membres de son comité des transports ont discuté plusieurs fois du problème à cet endroit et que des barrières et des panneaux ont été érigés aux deux extrémités de la rue Ryan afin de dissuader les personnes qui voudraient s'en servir comme raccourci.

Le boulevard Wheeler relève par contre du gouvernement provincial. Le conseil municipal a donc adopté une résolution afin de demander au gouvernement de faire construire une passerelle permettant de traverser le boulevard Wheeler non loin du lieu de l'accident. Par la suite, le ministère des Transports a retenu les services d'une firme d'architectes à cet égard. Selon les renseignements de la municipalité, une berme ou une barricade doit y être aménagée, et l'on prévoit aussi l'érection d'une clôture à mailles losangées et des panneaux avertisseurs aux extrémités des deux rues.

Le ministre des Transports a fait remarquer que le gouvernement provincial et la Ville de Moncton ont retenu les services d'experts pour étudier la situation concernant la circulation des piétons et des

Other Cases of Interest continued

recommend remedial measures to discourage and/or prevent crossing the highway at this location. Based on the recommendations received, the Department has initiated an action plan to permanently close existing pathway connections from Ryan Street to Wheeler Boulevard right of way through a combination of earthen berms, barricades, signing and chain link fencing. The province and the city are agreed on the actions to be taken and the fencing portion of the work is scheduled for completion by the end of 2005.

Recommendation # 2

That the cyclists and pedestrians be continually reminded of the importance of crossing this busy highway only at appropriately designated locations.

The City of Moncton advises that their officials will meet with the RCMP to discuss ways of increasing safety awareness on public streets, including crossing busy highways such as Wheeler Boulevard.

Case # 9

A 45 year old male died in January 2005, as a result of injuries he sustained in a motor vehicle accident on Route 1 in the Saint John region. The driver of the vehicle was seat-belted at the time of the accident, alcohol was not a factor and he was driving within the speed limit but lost control due to icy road conditions.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

cyclistes dans le secteur de la rue Ryan et du boulevard Wheeler, ainsi que pour recommander des mesures de prévention qui serviraient à les dissuader de traverser la route à cet endroit. En se basant sur les recommandations formulées, le Ministère a mis un plan d'action en œuvre afin de fermer de façon permanente les sentiers qui relient la rue Ryan à l'emprise routière du boulevard Wheeler à l'aide de bermes de terre, de barricades, d'affiches et de clôtures à mailles losangées. Le gouvernement et la Ville se sont entendus sur les mesures à prendre et la clôture devrait être terminée d'ici la fin de 2005.

Recommandation n° 2

Que l'on rappelle continuellement aux cyclistes et aux piétons l'importance de traverser cette autoroute achalandée seulement aux endroits désignés.

Le Ville de Moncton indique que des représentants de la municipalité rencontreront la GRC afin de discuter des façons de mieux sensibiliser le public à l'importance de la sécurité quand vient le temps de traverser les voies publiques, y compris les autoroutes achalandées comme le boulevard Wheeler.

Cas n° 9

Un homme est décédé en janvier 2005 à l'âge de 45 ans des suites de blessures subies dans un accident de véhicule à moteur survenu sur la route 1 dans la région de Saint-Jean. L'homme, qui conduisait le véhicule, portait sa ceinture de sécurité au moment de l'accident et l'alcool n'était pas en cause. Il ne dépassait pas la vitesse limite, mais a perdu le contrôle de son véhicule sur la chaussée glacée.

Other Cases of Interest continued

The investigation revealed that concerns about road conditions on the same route had been expressed by police officers and members of the public several times that evening. There had been two other non-fatal accidents within two hours prior to this fatality reported to police and Transportation officials.

The road conditions were assessed and a decision was made to not salt the road, due to the cold temperature. A decision was also made to not sand the road at the time, as the high truck traffic volume on this four lane highway causes the sand to disperse, and makes this method ineffective as well.

Sanding did occur in the early morning hours, following these accidents, although the temperature did not moderate and salt was not used.

The coroner requested, and received copies of the Service Policy for Winter Maintenance – Snow and Ice Control. According to this policy, this particular stretch of highway would constitute a Class A highway and should receive the highest possible maintenance.

The coroner noted that while the assessment of road conditions is obviously a subjective judgement, the evidence of two vehicles off the road and concerned citizen's statements about road conditions may warrant further consideration. Moreover, the reporting and assessments of these concerns needs to be timely.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

L'investigation a permis de déterminer que des agents de police et des membres du public avaient déjà exprimé des préoccupations concernant l'état de cette route à plusieurs reprises le soir en question. De plus, dans les deux heures précédentes, deux aux autres accidents, ceux-ci n'ayant pas entraîné de perte de vie, avaient été signalés à la police et aux représentants du ministère des Transports.

L'état des routes a été évalué et il a été décidé de ne pas les traiter au sel en raison du temps froid. Il a également été décidé de ne pas les sabler puisque la circulation dense de camions sur cette route à quatre voies ne fait que disperser le sable. Ce procédé n'est donc pas efficace.

Les routes ont été sablées aux petites heures du matin à la suite de ces accidents. Cependant, le temps ne s'était pas réchauffé et la route n'a pas été traitée au sel.

Le coroner a demandé et a reçu des exemplaires de la directive sur le niveau de service pour la gestion des routes en hiver (déneigement et déglaçage). Conformément à cette directive, cette section de la route en question est désignée une route de classe A et doit bénéficier du plus haut niveau de service possible.

Le coroner a fait remarquer que l'évaluation de l'état des routes est évidemment une question subjective. Cependant, le fait que deux véhicules avaient déjà quitté la route le soir en question et que des citoyens avaient fait part de leurs préoccupations sur l'état des routes exige que la question soit examinée à fonds. De plus, le signalement et l'évaluation de ces préoccupations doit être effectué dans les plus brefs délais.

Other Cases of Interest continued

It was also suggested that other options be considered to deal with icy roads due to temperature and traffic volume if salt and sand are not effective and that public education and advisory systems be enhanced to educate the public on the risks of winter driving and black ice.

The coroner made three recommendations as a result of this investigation:

1. That the Department of Transportation provide a list of contact persons to allow the Provincial Mobile Communication Centre (PMCC) to immediately contact someone, 24 hours a day, whenever the PMCC receives a request for salting/sanding or plowing of highways.

2. That the PMCC immediately pass on all requests for salting/sanding or plowing, from police or fire agencies to the on-call person for the Department of Transportation.

3. That the Department of Transportation review its policies and guidelines with respect to salting/sanding and snow plowing, in order to bring them more in line with today's drivers and highways.

The recommendations were forwarded to the Departments of Transportation and Public Safety for review and comment.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Il a également été suggéré d'étudier d'autres solutions que le sel et le sable pour le traitement de la chaussée glacée lorsque le temps froid ou la densité de la circulation rendent ces modes de prévention inefficaces. De plus, il a été recommandé d'accroître les initiatives de sensibilisation publique et les systèmes d'avertissement afin que les conducteurs soient plus familiers avec les risques de la conduite en hiver et la glace noire.

À la suite de son enquête, le coroner a formulé les recommandations suivantes :

1. Que le ministère des Transports fournisse une liste de personnes-ressources au personnel du Centre de communication mobile provincial (CCMP) afin de lui permettre de communiquer avec quelqu'un sans délai, 24 heures sur 24, lorsqu'il reçoit une demande de traitement au sel, de sablage ou de déneigement des routes.

2. Que le CCMP transmette sans délai au représentant en disponibilité du ministère des Transports toute demande de traitement au sel, de sablage ou de déneigement des routes formulée par les services de police et d'incendie.

3. Que le ministère des Transports révise ses politiques et ses lignes directrices sur le traitement, le sablage et le déneigement des routes afin qu'elles reflètent davantage les routes et les conducteurs d'aujourd'hui.

Les recommandations ont été acheminées aux représentants du ministère des Transports et du ministère de la Sécurité publique pour qu'ils les passent en revue et fassent part de leurs commentaires.

Other Cases of Interest continued

The Minister of Transportation advised that the Department has Road Patrol Guidelines which outlines the hours of operation, routes to be patrolled and procedures to be followed. In addition, the Provincial Mobile Communications Centre (PMCC) has a current list of contact persons (responsible for road patrol) for each of the six districts. This list allows PMCC to contact a representative 24/7 and the PMCC operator is instructed to relay all calls as soon as possible to the appropriate contact person.

The Minister also advised that the Department is undertaking a public education program on winter safety and this campaign will be in operation throughout the winter months.

The Minister of Public Safety advised that the curriculum of Driving Schools covers safety tips for winter driving and written material on winter driving is available in the Driver's Handbook (see http://www.gnb.ca/0276/vehicle/english/part5_e.pdf). Public Safety and Emergency Preparedness Canada also publish a brochure on winter driving (see http://www.ocipep.gc.ca/info_pro/self_help_ad/pdfs/winterdriv_e.pdf). The Minister advised that the NB Highway Safety Committee is responsible for raising awareness of road safety and includes representation from law enforcement, the Canadian Automobile Association, the NB Liquor Corporation, the NB Safety Council and the Departments of Transportation, Health and Wellness and Public Safety. This committee can

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Les représentants du ministère des Transports ont indiqué qu'il existe des lignes directrices sur la patrouille routière qui précisent les heures de service, les routes qui doivent faire l'objet de patrouilles et les marches à suivre. De plus, le Centre de communication mobile provincial (CCMP) a à sa disposition une liste à jour des personnes-ressources responsables de la patrouille routière dans chacun des six districts de la province. Cette liste permet aux agents du CCMP de communiquer avec une personne-ressource tous les jours, 24 heures sur 24. Les agents ont été avisés qu'ils doivent acheminer les appels dès que possible à la personne-ressource appropriée.

Le ministre des Transports rapporte également que son ministère entreprend une campagne de sensibilisation à la conduite sécuritaire en hiver et que cette campagne durera tout l'hiver.

Le ministre de la Sécurité publique fait remarquer que le programme d'études des écoles de conduite comprend des conseils sur la conduite en hiver et que le Manuel des conducteurs du Nouveau-Brunswick contient des renseignements sur la conduite sécuritaire en hiver (site Web : http://www.gnb.ca/0276/vehicle/french/part5_f.pdf). Le ministère de la Sécurité publique et de la Protection civile du Canada a également publié une brochure sur la conduite en hiver (site Web : http://www.ocipep.gc.ca/info_pro/self_help_ad/pdfs/winterdriv_f.pdf). Le ministre de la Sécurité publique explique que le Comité de la sécurité routière du Nouveau-Brunswick a comme mandat de sensibiliser le public à la conduite sécuritaire. Formé de représentants des autorités policières, de

Other Cases of Interest continued

review the appropriateness of the content of the literature available and provide recommendations for change.

The Minister of Public Safety also advises that safety on the roads is improving and fatalities have significantly decreased over the past twenty years in Canada. All Canadian jurisdictions and the federal government have undertaken an initiative called Road Safety Vision 2010. This initiative, coupled with appropriate legislation and enforcement will reduce the number of injuries and fatalities caused by vehicle crashes, provided that drivers take responsibility for their actions and driving habits.

Case 10

A fire prevention officer had recommended during his inspection of a large Fredericton city church that a fire drill be conducted on an annual basis. Accordingly, church officials planned for the drill to occur in August. An announcement was made the week previous that the drill would occur on a given date. When the alarm sounded, an elderly gentleman seated in the second floor balcony was successfully able to come down the stairs, but tripped and fell on the steps outside the building during the evacuation. He died the next evening of head injuries sustained in the fall.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

l'Association canadienne des automobilistes, de la Société des alcools du Nouveau-Brunswick, du Conseil de sécurité du Nouveau-Brunswick, du ministère des Transports, du ministère de la Santé et du Mieux-être, ainsi que du ministère de la Sécurité publique, ce comité peut vérifier si le contenu des ressources documentaires disponibles est convenable et proposer les modifications qui s'imposent.

Le ministre de la Sécurité publique souligne également que les routes de la province sont de plus en plus sécuritaires et que le nombre de décès sur les routes a considérablement diminué au cours 20 dernières années au Canada. L'ensemble des provinces et des territoires du pays, ainsi que le gouvernement fédéral, prennent part à une initiative nationale intitulée *Vision sécurité routière 2010*. Grâce à la mise en œuvre de cette initiative, ainsi qu'à l'adoption et à l'application de mesures législatives appropriées, le nombre de blessures et de décès attribuables aux accidents de la route continuera de diminuer, pourvu que les conducteurs conduisent de façon responsable et adoptent de bonnes habitudes de conduite.

Cas n° 10

Dans le cadre de son inspection d'une grande église à Fredericton, un agent de prévention des incendies avait recommandé la tenue d'un exercice d'évacuation annuel. Par conséquent, les dirigeants religieux ont prévu un exercice en août. Ils avaient annoncé la semaine précédente qu'un exercice aurait lieu à une date donnée. Au son de l'alarme, l'homme âgé qui prenait place au balcon du deuxième étage a réussi à descendre les escaliers à l'intérieur de l'église, mais a trébuché et a chuté dans les escaliers à l'extérieur lors de l'évacuation de l'édifice. Il est décédé le soir suivant des suites de blessures subies à la tête.

Other Cases of Interest continued

The Coroner did not recommend a public inquest into this death but has made the following recommendations for planned drills in places where the public gathers:

- A planned fire drill should be announced in church prior to the beginning of service; and ushers should be available to assist the elderly to evacuate.

- That fire prevention officers incorporate education concerning safe evacuation procedures into their regular fire safety inspections; and

- That such education emphasize the following:
  - The roles and responsibilities of ushers and/or those acting in a similar capacity including their authority to direct an evacuation,
  - The special considerations that must be given to assisting vulnerable persons during an evacuation.

The recommendations were forwarded to the Minister of Public Safety consideration.

The Minister of Public Safety advised that fire drill procedures for places of assembly are regulated by the National Fire Code of Canada 1995 and specifies that evacuation drills shall be held at intervals not greater than 12 months for supervisory staff as a minimum. The person responsible for the building shall determine the desirable degree of

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le coroner n'a pas recommandé la tenue d'une enquête publique sur le décès, mais a tout de même formulé les recommandations suivantes au sujet des exercices d'évacuation prévus dans des bâtiments où des membres du public se rassemblent :

- Qu'il faut annoncer dans l'église, avant le début de la cérémonie religieuse, qu'un exercice d'évacuation est prévu; et qu'il soit prévu que des placiers aident les personnes âgées à sortir de l'édifice.

- Que les agents de prévention des incendies intègrent à leurs inspections de sécurité-incendie ordinaires un volet éducatif concernant les pratiques d'évacuation sécuritaires;

- Que le volet éducatif traite des points suivants :
  - les rôles et les responsabilités des placiers et de ceux qui exercent des fonctions semblables, y compris leur pouvoir de coordonner l'évacuation;
  - l'attention particulière qu'il faut accorder aux personnes vulnérables afin de les aider lors d'une évacuation.

Les recommandations ont été transmises au ministère de la Sécurité publique aux fins d'examen.

Le ministre de la Sécurité publique a expliqué que le Code national de prévention des incendies du Canada 1995 fournit des instructions concernant les exercices d'évacuation dans les lieux de culte. Le Code précise qu'un exercice doit avoir lieu au moins tous les 12 mois et qu'il faut tout au moins assurer la participation du personnel de surveillance

Other Cases of Interest continued

participation of occupants other than supervisory staff. The Code further stipulates that the facility's fire safety plan must include special provisions for person who require assistance.

The Office of the Fire Marshal will issue a Fire Marshal Bulletin to remind all concerned of the importance of incorporating education concerning safe evacuation procedures and assisting vulnerable persons during evacuation of facilities where the public gathers. The OFM Bulletin will reflect the recommended actions and the importance of a fire safety plan, the fire drill procedures and the importance of a safe and orderly evacuation.

Case # 11

This case involved the death of a 63 year old female with a history of hypertension and cardiac problems who was scheduled for tests on the day of her death. Her husband found her unresponsive, called 911, and received direction from the 911 operator on how to assist his wife. Two ambulances were dispatched to the residence because of confusion of the address location and because the husband also experienced chest pain during the crisis. The second ambulance was the first to arrive at the

Autres cas dignes d'intéret (suite)

à l'exercice. La personne responsable du bâtiment doit déterminer le degré souhaitable de participation de personnes autres que les membres du personnel de surveillance. Le Code précise en plus qu'un plan de sécurité-incendie doit être élaboré pour le bâtiment et doit comprendre des dispositions spéciales pour ce qui est de l'évacuation des personnes qui ont besoin d'aide pour se déplacer .

Le Bureau du prévôt des incendies publiera un bulletin afin de rappeler à toutes les personnes concernées l'importance d'intégrer un volet éducatif concernant les pratiques d'évacuation sécuritaires, ainsi que sur l'aide qu'il faut accorder aux personnes vulnérables lors de l'évacuation d'un bâtiment où des membres du public sont rassemblés. Le bulletin du Bureau du prévôt des incendies fera état des mesures recommandées à cet égard et de l'importance d'avoir un plan de sécurité-incendie et des pratiques établies pour le déroulement d'exercices d'évacuation, ainsi que de l'importance de voir à ce que l'évacuation se fasse dans l'ordre et de façon sécuritaire.

Cas n° 11

Une dame ayant des antécédents d'hypertension artérielle et de troubles cardiaques est décédée à l'âge de 63 ans. Le jour de sa mort, elle devait subir des examens médicaux. Son mari l'a trouvée inerte, a appelé le 911 et le téléphoniste du 911 lui a indiqué les mesures à prendre pour venir en aide à sa femme. Deux ambulances ont été dépêchées à la résidence en raison de la confusion concernant l'adresse fournie et parce que le mari avait des douleurs thoraciques à ce moment. La deuxième

Other Cases of Interest continued

destination and took the husband for medical treatment. The first ambulance initially went in the wrong direction but arrived within 4 minutes of the other one and took the female to the hospital for assessment, despite a poor prognosis based on her vital signs. Both ambulances arrived within the guideline of 25 minutes for a rural area.

Our review of the case demonstrated a number of issues that warrant review. Although these issues did not specifically affect the outcome of this case, changes in these areas may prevent deaths in future:

1. Street/road signs must be in place to ensure timely location of residences when emergency service providers are responding. Civic addressing must be current – signs for street names must be erected and if removed or displaced for some reason, citizens must know who to call and what to do to ensure the appropriate signage is re-instated in a timely manner.

2. Maps used by emergency service providers must be current - Emergency service providers need up to date maps for communities they are servicing.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

ambulance a été la première à arriver sur les lieux et le mari y a pris place pour recevoir des soins médicaux. La première ambulance avait pris la mauvaise direction au départ, mais est arrivée moins de quatre minutes après la première. La dame a été placée dans cette ambulance et transportée à l'hôpital pour être examinée, même si ses signes vitaux n'étaient pas encourageants. Les deux ambulances sont arrivées sur les lieux à temps pour respecter la norme de 25 minutes établie pour une région rurale.

Notre examen du dossier a toutefois permis de déterminer qu'un certain nombre de questions devaient être passées en revue. Bien que ces questions n'aient pas eu de répercussions directes sur le dénouement de ce dossier, des changements pourraient servir à prévenir d'autres décès :

1. Les plaques de rue et les panneaux de signalisation doivent être installés de façon à permettre aux fournisseurs de services d'urgence de repérer la résidence dans les plus brefs délais. Le système d'adresses de voirie doit être à jour. Les panneaux indiquant le nom des rues doivent être installés. S'ils sont enlevés ou déplacés pour quelque raison que ce soit, il faut que les citoyens sachent avec quelles personnes il faut communiquer et connaissent la marche à suivre pour s'assurer que les panneaux soient réinstallés dans les plus brefs délais.

2. Les cartes utilisées par les fournisseurs de services d'urgence doivent être à jour. Les fournisseurs de services d'urgence doivent avoir à leur disposition des cartes à jour des collectivités pour lesquelles ils sont responsables.

Other Cases of Interest continued

3. Duplicate street or community names within a geographical area must be flagged for emergency service providers – In this instance, confusion over whether the residence was in the village of Drummond or the local service district of Drummond caused delays.

4. Emergency Service Responders should know the most efficient routes to reach addresses – In this case, the address of the residence, although in the LSD of Drummond, was actually more efficiently accessed from St. Andre. Therefore, even if the ambulance service had had the street listed on the map for the LSD of Drummond, the map may need to show overlapping routes for adjacent communities to ensure the most efficient route.

5. Placement of street signs – In this case, emergency response was further hampered by the fact that a dead end sign was erected prior to exit to the road in question. This gave the impression that there was no road beyond the dead end sign.

The recommendations were forwarded to the Departments of Public Safety, Transportation, Health & Wellness and Environment and Local Government for consideration.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

3. Les noms de rues ou de collectivités en double dans un même secteur géographique doivent être signalés aux fournisseurs de services d'urgence. Dans ce cas-ci, le fait que les intervenants ne savaient pas avec certitude si la résidence se trouvait dans le village de Drummond ou le district de services locaux de Drummond a causé des retards.

4. Les fournisseurs de services d'urgence doivent connaître les routes qui leur permettent de se rendre le plus rapidement possible à destination. Dans ce cas-ci, il aurait été plus rapide de passer par Saint-André pour se rendre à la résidence, bien qu'elle se trouve dans le DSL de Drummond. Même si le service ambulancier avait eu une carte montrant la rue dans le DSL de Drummond, il serait judicieux d'avoir des cartes montrant les routes qui chevauchent des collectivités voisines afin de pouvoir facilement trouver la route la plus rapide.

5. Emplacement des plaques de rues – Dans ce cas-ci, l'intervention d'urgence a été retardée par le fait qu'une affiche de cul-de-sac se trouvait juste avant la sortie du chemin en question. Cette situation donnait l'impression qu'il n'y avait pas d'autre chemin après l'affiche de cul-de-sac.

Les recommandations ont été transmises aux ministères de la Sécurité publique, des Transports, de la Santé et du Mieux-être et de l'Environnement et des Gouvernements locaux aux fins d'examen.

Other Cases of Interest continued

The Minister of Public Safety advised that interested citizens may call 1-888-353–4444 for any and all inquiries regarding civic addressing in New Brunswick.

Recommendation # 1

Street/road signs must be in place.

The Minister of Public Safety advised that civic addressing is a shared responsibility of municipalities and the Department of Public Safety, NB 9-1-1 Bureau for unincorporated areas. The resulting civic address database is maintained by the NB 9-1-1 Bureau and updated as new civic addresses are added. The updated information is shared on a regular basis with the corporate partners, Aliant and Canada Post, as well as emergency service providers.

When reports of missing signage from public roads are received at NB 9-1-1, staff notifies the Department of Transportation. The civic addressing and signage of private roads in unincorporated areas is also maintained by NB 9-1-1. When reports of missing signage from private roads are received at NB 9-1-1, staff notify the Department of Environment and Local Government (ELG). In this instance, the information concerning the missing sign was reported to NB 9-1-1 and subsequently to ELG for follow-up. The current process and responsibility for placement of private roads signs is being reviewed with the Department of Environment and Local Government.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le ministre de la Sécurité publique a fait savoir que les résidents intéressés peuvent téléphoner au 1 888 353-4444 pour tout renseignement concernant le système d'adresses de voirie en vigueur au Nouveau-Brunswick.

Recommandation n° 1

Les plaques de rue et les panneaux de signalisation doivent être installés.

Le ministre de la Sécurité publique a fait savoir que le système d'adresses de voirie est une responsabilité partagée des municipalités et du ministère de la Sécurité publique, et du Bureau du 911 Nouveau-Brunswick pour les régions non constituées. Le Bureau du 911 tient la base de données des adresses de voirie et la met à jour lorsque de nouvelles adresses sont ajoutées. L'information mise à jour est distribuée, de façon régulière, aux partenaires corporatifs Aliant et Postes Canada, de même qu'aux fournisseurs de services d'urgence.

Lorsqu'on signale à NB 911 qu'un panneau de signalisation a été enlevé d'une route publique, le personnel avise le ministère des Transports. NB 911 tient également à jour les adresses de voirie et la signalisation des routes privées dans les régions non constituées. Lorsqu'on signale la disparition d'un panneau de signalisation sur des routes privées à NB 911, le personnel avise le ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux (EGL). Dans ce cas, l'information concernant le panneau manquant a été signalée à NB 911 et, par après, au ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux pour un suivi. Le processus actuel et la responsabilité relative à l'installation de panneaux sur des routes privées sont actuellement examinés au sein du ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux.

Other Cases of Interest continued

Planned enhancements for NB 9-1-1 will include a review of the appropriate registration and maintenance of civic addressing by the Departments of Public Safety and Service New Brunswick. This database would link all civic addresses with a geo-referencing component to enhance electronic mapping capabilities and facilitate a faster and more accurate response time.

At the time of publication, no response was available from the Department of Environment and Local Government.

Recommendation # 2

Maps used by emergency service providers must be current.

The Minister of Public Safety advised that the road in question has been in the NB 9-1-1 system since 1998. Updates on all changes or new streets are provided to Emergency Service Providers (ESPs) every three months. ESPs are provided with a map showing any new private or public roads.

As part of the recently announced enhancements to the NB 9-1-1 system, the NB 9-1-1 Bureau is now responsible for developing, maintaining and distributing maps for emergency service providers. In the case of ambulance services, the Medical Transportation Communication Centre (MTCC) has been receiving a complete electronic download of the NB 9-1-1 provincial mapping with regular monthly updates since February 2005.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Les améliorations prévues au système NB 911 comprendront un examen des méthodes adéquates d'enregistrement et de tenue d'un registre des adresses de voirie par le ministère de la Sécurité publique et Services Nouveau-Brunswick. Cette base de données établirait un lien avec toutes les adresses de voirie et comprendrait un volet géoréférencé de façon à améliorer les possibilités de cartographie électronique et à favoriser un délai d'intervention plus rapide et plus précis.

Au moment de la publication du rapport, nous attendions toujours une réponse du ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux.

Recommandation n° 2

Les cartes utilisées par les fournisseurs de services d'urgence doivent être à jour.

Le ministre de la Sécurité publique a fait savoir que la route en question figure dans le système NB 911 depuis 1998. Les mises à jour de tout changement ou de toute nouvelle rue sont transmises aux fournisseurs de services d'urgence (FSU) tous les trois mois. Les FSU reçoivent une carte où figurent toutes les nouvelles routes privées ou publiques.

Dans le cadre des récentes améliorations annoncées au système NB 911, le Bureau du 911 est maintenant chargé d'élaborer, de tenir à jour et de distribuer les cartes aux fournisseurs de services d'urgence. Dans le cas des services ambulanciers, le Centre de coordination des transports médicaux (CCTM) a reçu une version électronique complète de la cartographie provinciale de NB 911, y compris des mises à jour mensuelles régulières depuis février 2005.

Other Cases of Interest continued

Recommendation # 3

Duplicate street or community names within a geographical area must be flagged for emergency service providers.

The Minister of Public Safety advised that to avoid confusion for emergency service responders, the NB 9-1-1 Bureau's protocol disallows new same names or similar sounding names within municipalities and local service districts. In this case, there was an established Village and Local Service District with the same names but these are identified separately in the NB 9-1-1 database.

In the case in question, emergency service providers were called to a home on a private road, which is accessed at the end of a public road. The current mapping reflects this as does the NB 9-1-1 database.

Recommendation # 4

Emergency Service Responders should know the most efficient routes to reach addresses.

The Minister of Public Safety advises that dispatch of ambulance services is the responsibility of the Medical Transportation Communication Centre (MTCC) under the Department of Health & Wellness who receive the NB 9-1-1 electronic mapping in order to more accurately dispatch ambulances via the most effective route.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Recommandation n° 3

Les noms de rues ou de collectivités en double dans un même secteur géographique doivent être signalés aux fournisseurs de services d'urgence.

Le ministre de la Sécurité publique a fait savoir qu'afin d'éviter toute confusion pour les fournisseurs de services d'urgence, le protocole du Bureau du 911 rejette tous nouveaux noms semblables ou noms qui se ressemblent trop dans des municipalités et des districts de services locaux. Dans le cas qui nous préoccupe, un village et un district de services locaux établi portent le même nom, mais ces deux désignations sont indiquées de façon distincte dans la base de données de NB 911.

Dans le cas qui nous occupe, les fournisseurs de services d'urgence ont été dépêchés à une maison située en bordure d'une route privée dont l'accès se trouve à l'extrémité d'une route publique. La cartographie actuelle précise bien cette particularité tout comme la base de données NB 911.

Recommandation n° 4

Les fournisseurs de services d'urgence doivent connaître les routes qui leur permettent de se rendre le plus rapidement possible à destination.

Le ministre de la Sécurité publique a fait savoir que la répartition des services d'ambulance est du ressort du Centre de coordination des transports médicaux sous la responsabilité du ministère de la Santé et du Mieux-être, qui reçoit la cartographie électronique de NB 911 afin d'assurer une répartition plus précise des ambulances en les dirigeant sur le trajet qui convient le mieux à la situation.

Other Cases of Interest continued

As part of the recently announced enhancements to the NB 9-1-1 system, the NB 9-1-1 Bureau will supply a paper map to all emergency service responders for their entire region. Currently, the NB 9-1-1 Bureau, with assistance from the Office of the Chief Electoral Officer, is developing, printing and distributing these paper maps to the province's 170 Fire Departments. Electronic and paper maps are being developed for distribution to all the municipal Public Safety Answering Points (PSAPs) to outline the newly defined regional 911 call taking areas and the respective fire regions.

The Minister of Health & Wellness advised that he has asked staff to review the recommendations regarding Ambulance Services. Currently, the standards dictate that each ambulance provider in the province is to be knowledgeable of the communities in which they service. Since May 2005, the provincial ambulance dispatch has had electronic mapping to assist emergency service providers in locating their destination.

At the time of publication, no response was available from the Department of Environment and Local Government.

Recommendation # 5

Placement of street signs.

At the time of publication, no response was available from the Department of Environment and Local Government.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Dans le cadre des améliorations annoncées récemment au système NB 911, le Bureau du 911 fournira une carte sur copie papier à tous les fournisseurs de services d'urgence où figure l'ensemble de leur région géographique. Actuellement, le Bureau du 911, en collaboration avec la directrice générale des élections, élabore, imprime ces cartes sur copie papier et les distribue aux 170 services d'incendie de la province. Des cartes électroniques et sur copie papier sont en voie d'élaboration en vue d'être distribuées à tous les centres municipaux de prise d'appels pour la sécurité du public (CPASP) pour définir les régions de prise d'appels du service 911 et les régions des services d'incendie respectifs.

Le ministre de la Santé et du Mieux-être a fait savoir qu'il a demandé à son personnel d'examiner les recommandations concernant les services d'ambulance. Actuellement, les normes stipulent que chaque fournisseur de services d'ambulance dans la province doit bien connaître les communautés qu'il dessert. Depuis mai 2005, le service de répartition provinciale des services d'ambulance reçoit des cartographies électroniques pour aider les fournisseurs de services d'urgence à repérer leur destination.

Au moment de la publication du rapport, nous attendions toujours une réponse du ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux.

Recommandation n° 5

Emplacement des plaques de rues.

Au moment de la publication du rapport, nous attendions toujours une réponse du ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux.

Other Cases of Interest continued

At the time of publication, no response was available from the Department of Transportation.

Case # 12

This 70 year old male died in May 2004 of an apparent heart attack while staying in a travel trailer in the MacDougall Lake area of the province. He was being treated for hypertension and reported feeling unwell when he woke that morning. His wife found him unresponsive around 11:00 and sought assistance from neighbours who telephoned NB 911.

There were some delays in identifying the crisis and subsequently providing the necessary community and civic address information needed for emergency response. There were two calls made from two different cell phones for emergency assistance once the medical crisis occurred. It seems that there were no land lines available in the immediate vicinity. Caller # 1 reported that the person was not breathing and had likely had a heart attack. The caller could not identify a specific civic address nor community name. The caller identified their location as "MacDougall Lake area" and suggested that the most likely emergency responders were from St. George or Black's Harbour. The PSAP (Public Safety Answering Point) operator could not immediately pinpoint the location for two reasons (1) there was no information in the system on the community and no civic address identified (2) the

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Au moment de la publication du rapport, nous attendions toujours une réponse du ministère des Transports.

Cas n° 12

Un homme de 70 ans qui demeurait dans une remorque de tourisme dans la région du lac MacDougall, au Nouveau-Brunswick, serait décédé d'une crise cardiaque en mai 2004. Il suivait un traitement pour contrôler son hypertension et il avait indiqué être souffrant à son réveil, ce matin-là. Son épouse l'a trouvé inerte vers 11 h et elle a tout de suite sollicité l'aide des voisins, qui ont téléphoné au service NB 911.

Un certain retard est survenu avant que l'on puisse déterminer la nature de la crise et, par après, transmettre l'information sur la communauté et l'adresse de voirie nécessaires à l'intervention d'urgence. Deux appels ont été faits à partir de deux téléphones cellulaires distincts pour obtenir un secours d'urgence à la suite de la crise médicale. Il n'y avait, semble-t-il, aucune ligne terrestre dans le secteur immédiat. L'appelant n° 1 a signalé que la personne ne respirait pas et qu'elle avait probablement fait une crise cardiaque. L'appelant n'a pas été en mesure de donner une adresse de voirie précise ni le nom d'une communauté. L'appelant a désigné l'endroit où il était comme « région du lac MacDougall » et il a souligné que les fournisseurs de services d'urgence les plus près se trouvaient probablement à St. George ou à Blacks Harbour. Le téléphoniste du Centre de prise

Other Cases of Interest continued

caller was calling from a cell phone and did not have specific address information. Caller # 2, also from a cell phone, provided information to the PSAP operator. The information was passed on to ambulance dispatch, who confirmed that the ambulance was en route.

The PSAP operator received the first call at 11:36, took the essential information and transferred the call to the ambulance dispatch - Medical Transportation Coordination Centre (MTCC) for call handling. Since the call originated from a cell phone, she had to repeat the information verbally to ambulance dispatch, rather than through an automated system transfer. Following this, the PSAP operator contacted the RCMP St. George, confirmed that the emergency service responder would be St. George, and passed this information on to ambulance dispatch. The Blacks Harbour ambulance received the call for service at 11:41 and arrived at the destination within the guideline of 25 minutes for a rural area. Staff with the ambulance service was familiar with the area and were able to locate the residence, despite the fact that no civic address was available.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

d'appels pour la sécurité du public (CPASP) n'a pas été en mesure de repérer immédiatement l'emplacement pour les deux raisons suivantes : 1) le système ne contenait aucune information concernant la communauté et aucune adresse de voirie n'était indiquée 2) l'appelant a téléphoné d'un téléphone cellulaire et il n'avait aucun renseignement précis sur l'adresse. L'appelant n° 2 a également fait l'appel à partir d'un téléphone cellulaire et il a fourni des renseignements au téléphoniste du CPASP. L'information a été transmise au préposé du service de répartition d'ambulance qui a confirmé que les ambulanciers étaient en route.

La téléphoniste du CPASP a reçu le premier appel à 11 h 36. Elle a recueilli l'information pertinente et a transféré l'appel au Centre de coordination des transports médicaux (CCTM) pour que celui-ci prenne le relais de l'appel. Comme l'appel provenait d'un téléphone cellulaire, la téléphoniste a dû répéter l'information de vive voix au répartiteur du service d'ambulance au lieu d'effectuer le transfert à l'aide d'un système informatisé. Par la suite, la téléphoniste du CPASP a communiqué avec la GRC à St. George pour aviser que l'intervenant des services d'urgence de St. George serait dépêché sur les lieux. Elle a ensuite transmis cette information au service de répartition d'ambulance. L'ambulance de Blacks Harbour a reçu l'appel à 11 h 41 et est arrivée sur les lieux à temps pour respecter la norme de 25 minutes établie pour une région rurale. Ces ambulanciers connaissaient la région et ils ont pu trouver la résidence, même si aucune adresse de voirie n'était disponible.

Other Cases of Interest continued

While awaiting the arrival of the ambulance, the MTCC call taker provided direction to the caller on how to administer CPR. While the MTCC call taker provided instructions, the caller relayed these to another person who provided assistance on site. The service had the capacity to use a defibrillator and administer other treatments en route. However, upon arrival, the ambulance attendants confirmed that death had already occurred and they did not provide further treatment.

This case highlights some inherent difficulties in accessing emergency services. For optimum response, the community name and civic address information should be available in the 911 database. If at least the community name is listed, this allows the MTCC dispatcher to establish the appropriate emergency service provider. Calling for emergency assistance from a cell phone does not provide for automatic location identification, even if a civic address has been obtained and posted.

Recommendations:

1. That the 911 database be updated to list all communities in the province where permanent or recreational properties have been established.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

En attendant l'arrivée de l'ambulance, la téléphoniste du CCTM a donné des directives à l'appelant sur la façon d'effectuer une réanimation cardio-respiratoire (RCR). Pendant que la téléphoniste donnait les directives, l'appelant les transmettait à une autre personne qui fournissait du secours sur place. Le service d'ambulance avait la capacité d'utiliser un défibrillateur et d'administrer d'autres traitements dans le véhicule en route. Cependant, à leur arrivée, les ambulanciers dépêchés sur les lieux ont constaté le décès de la personne et aucun autre traitement n'a été donné.

Ce cas met en évidence certaines difficultés inhérentes à l'accès aux services d'urgence. Afin d'atteindre une intervention optimale, le nom de la communauté et l'information de l'adresse de voirie devraient être disponibles dans la base de données 911. Si au moins le nom de la communauté est indiqué, le répartiteur du CCTM peut déterminer le fournisseur du service d'urgence approprié. Une demande de secours d'urgence faite à partir d'un téléphone cellulaire n'indique pas automatiquement l'emplacement, même si une adresse de voirie a été obtenue et affichée.

Recommandations

1. Que la base de données 911 soit mise à jour pour y indiquer toutes les communautés dans la province où des biens-fonds fixes ou de loisirs ont été établis.

Other Cases of Interest continued

2. That public awareness campaigns be conducted on emergency services in rural areas for cottage and recreational home owners. Campaigns should focus on:

   - the importance of seeking medical attention in a timely manner, particularly when medical services are some distance away
   - the importance of having ready access to a telephone in the event of an emergency
   - the importance of obtaining a civic address to facilitate emergency response, even if the residence is not a permanent structure
   - the importance of knowing who provides emergency services to their communities and the ability to provide clear directions to reach the residence from these centres if no civic address is listed

The recommendations were forwarded to the Department of Public Safety for consideration.

Recommendation # 1

Up-to-date NB 9-1-1 database.

The Minister of Public Safety advised that the NB 9-1-1- Bureau does record all roads and communities, along with appropriate civic addressing as soon as notification is received by the staff.

At the time of the 9-1-1 call in question, the NB 9-1-1 Bureau had never been made aware, nor had they been asked to provide civic addressing for the

Autres cas dignes d'intéret (suite)

2. Que des campagnes de sensibilisation du public sur les services d'urgence soient menées dans les régions rurales à l'intention des propriétaires de chalets et de maisons de loisirs. Les campagnes devraient mettre l'accent sur :
   - l'importance d'obtenir des soins médicaux rapidement, en particulier lorsque les services médicaux sont assez éloignés;
   - l'importance d'avoir accès rapidement à un téléphone en cas d'urgence;
   - l'importance d'obtenir une adresse de voirie pour faciliter l'intervention d'urgence même si la résidence n'est pas un bâtiment permanent;
   - l'importance de savoir qui fournit des services d'urgence dans sa communauté et la capacité pour les CPASP de donner aux ambulanciers des directives claires pour qu'ils puissent se rendre à la résidence, si aucune adresse de voirie n'est inscrite.

Les recommandations ont été transmises au ministère de la Sécurité publique aux fins d'examen.

Recommandation 1

Base de données à jour pour le système d'urgence 911

Le ministre de la Sécurité publique a fait savoir que le bureau 911 enregistre toutes les routes et communautés, y compris les adresses de voirie correspondantes, dès que le personnel en est avisé.

Au moment de l'appel dont il est question, NB 911 n'a jamais été informé de la présence d'habitations à cet endroit et n'a jamais reçu de demande de

Other Cases of Interest continued

area in question. This recreational area is located on Crown Land and the cluster of cottages has no phone or power services.

In the fall of 2004, the NB 9-1-1 Bureau was contacted by a Crown Land Lessee advising that a rather large community of cottages existed at MacDougall Lake and Seeley Lake, within the community name known as Utopia, New Brunswick. The NB 9-1-1 Bureau set out to map the area, assign private road names, and civic numbers to these clusters of cottages, with the assistance of the local service advisor (Environment and Local Government) and regional staff (Department of Natural Resources). Due to the nature of the work and inclement weather, the work was completed in August of 2005. In total, ten roads have been identified and 110 cottages have been provided with a civic address. These road names, along with civic addressing information and community name are recorded in the 9-1-1 system and all road signs have been installed.

The Minister further advised that officials are now working with the Department of Natural Resources to identify other leased crown land areas without civic addressing. As information is provided, this will ensure that civic addressing, road naming and community identification is duly assigned and cottage owners are notified.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

fournir une adresse de voirie pour cette région. Cette zone de loisirs est aménagée sur les terres de la Couronne et les chalets ne possèdent ni ligne téléphonique ni courant électrique.

À l'automne 2004, un preneur à bail d'une terre de la Couronne a communiqué avec le bureau 911 pour l'aviser qu'une assez grande communauté de chalets se trouvait aux lacs MacDougall et Seeley, dans la communauté connue sous le nom d'Utopia, au Nouveau-Brunswick. Le bureau 911 a dressé une carte de la région, attribué des noms aux routes privées et des numéros de voirie à ces grappes de chalets, avec l'aide du conseiller des services d'administrations locales (Environnement et Gouvernements locaux) et du personnel régional (ministère des Ressources naturelles). En raison de la nature du travail et de la météo défavorable, ce projet a été terminé en août 2005. En tout, dix routes ont été désignées et une adresse de voirie a été attribuée aux 110 chalets. Ces noms de route, y compris l'information sur les adresses de voirie et le nom de la communauté, figurent dans le système 911 et tous les panneaux routiers nécessaires ont été installés.

Le ministre a également fait savoir que des agents s'affairent actuellement, en collaboration avec le ministère des Ressources naturelles, à repérer d'autres régions de terres de la Couronne cédées à bail qui n'ont pas d'adresses de voirie. Lorsque cette information sera fournie, nous veillerons à ce que l'adresse de voirie, le nom de la route et la désignation de la communauté soient dûment attribués et que les propriétaires de chalets soient avisés.

Other Cases of Interest continued

Recommendation # 2

Public Awareness Campaign

The Minister of Public Safety advised that in the spring of 2005, a special purpose fund was created to enhance the province's NB 9-1-1 system. Part of the fund will be allocated to public education and awareness and this recommendation will be considered when allocating funds annually regarding the NB 9-1-1 service. Property owners seeking mortgages and insurance cannot obtain these services without a duly assigned civic address. Therefore, once the NB 9-1-1 bureau is notified of the need for a civic address, it is done promptly for all types of structures.

The Minister of Public Safety advises that more and more seasonal dwellers opt for the use of cellular phones, rather than landline phones, as the means of reaching emergency services, if required.

The Minister of Public Safety advised that when the NB 9-1-1 Bureau assigns a civic address to a resident in New Brunswick, the resident is advised of their complete civic address, including the street name and suffix, as well as the community name, and are educated on the importance of visibly displaying their civic number. With the 911 system we have in the province, it is not essential that residents know specifically which emergency service provider should respond. Rather, the right community name will allow the operator to identify the emergency responder for that community location.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Recommandation 2

Campagne de sensibilisation publique

Le ministre de la Sécurité publique a fait savoir qu'au printemps 2005, un fonds à but spécial a été créé pour améliorer le système 911 de la province. Une partie des fonds sera allouée à l'organisation d'activités d'information et de sensibilisation du public. Cette recommandation sera prise en considération lors de la répartition annuelle des fonds au service NB 911. Un propriétaire foncier qui veut souscrire une hypothèque et une assurance doit avoir une adresse de voirie. Ainsi, toute demande d'adresse de voirie soumise au bureau NB 911 est traitée pour tous les types d'ouvrages.

Le ministre de la Sécurité publique a fait savoir que de plus en plus de propriétaires d'habitations saisonnières choisissent d'utiliser des téléphones cellulaires, au lieu du service conventionnel à fil comme moyen de joindre les services d'urgence, le cas échéant.

Le ministre de la Sécurité publique a fait savoir que lorsque le bureau 911 attribue une adresse de voirie à un résident du Nouveau-Brunswick, celui-ci est avisé de la désignation complète de l'adresse de voirie, ce qui comprend le nom de la rue et le suffixe, de même que le nom de la communauté. Le résident est également informé de l'importance d'afficher clairement son numéro de voirie. Grâce au service 911 en vigueur dans la province, les résidents n'ont pas besoin de savoir précisément, quel fournisseur de services d'urgence doit intervenir. C'est plutôt le nom exact de la communauté qui permettra au téléphoniste de déterminer le service d'intervention d'urgence qui doit être dépêché sur les lieux.

Other Cases of Interest continued

Case # 13

This 47 year old male was impaired when his canoe capsized on the Saint John River, and died of drowning, secondary to exposure. When the deceased and his son decided to take the canoe into the water, the ice had recently broken up and the water was rough with fast currents. When the canoe capsized, the son was able to make it to shore and called for emergency assistance. Emergency responders received the call on March 30 at 20:14 and response was made by RCMP and the Kingsclear Fire Department. Based on calls for further assistance, boats were also deployed from Oromocto, the City of Fredericton and Department of Fisheries and Oceans. In addition, the RCMP requested a helicopter from DND to assist in the search efforts.

Rescue was complicated by a number of factors. The deceased clung to a chunk of ice and floated downriver with the current. Emergency responders had difficulty to establish the location of the crisis once the call came in because of the speed of the current and had to rely on his cries for help. As the crisis continued, it was difficult to maintain visual contact with him for rescue but volunteers running along the shore maintained verbal contact until 20:45. The Kingsclear Fire Department did not have a boat at their disposal to be immediately dispatched for rescue. Fredericton's Fire Department provided a boat and operator and this first boat was put in the water at Crock's Point at 21:00 hours. By 21:30, fire department officials

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Cas n° 13

Un homme âgé de 47 ans est décédé le 31 mars 2005 lorsque son canot a chaviré sur le fleuve Saint-Jean. L'homme, qui était en état d'ébriété, s'est noyé après avoir souffert d'hypothermie. Lorsque la victime et son fils avaient décidé de mettre l'embarcation à l'eau sur le fleuve, dont la couverture de glace était rompue depuis peu, l'eau était agitée et le courant était rapide. Lorsque l'embarcation a chaviré, le fils a été en mesure de se rendre sur la rive et a appelé à l'aide. Les services d'urgence ont reçu l'appel le 30 mars à 20 h 14. La GRC et le service d'incendie de Kingsclear se sont rendus sur les lieux. D'autres appels à l'aide ont été effectués et des bateaux ont été dépêchés d'Oromocto, de la Ville de Fredericton et du ministère des Pêches et des Océans. De plus, la GRC a demandé au ministère de la Défense nationale d'envoyer un hélicoptère pour contribuer aux efforts de recherche.

Un certain nombre de facteurs ont nuit aux opérations de sauvetage. La victime s'est agrippée à un bloc de glace et a été emportée par le courant en aval du fleuve. Après que l'appel à l'aide ait été effectué, les intervenants ont eu de la difficulté à déterminer où l'homme se trouvait en raison de la vitesse du courant. Ils ont dû se fier à ses cris pour tenter de le repérer. Il a ensuite été difficile de garder un contact visuel avec lui pour tenter de le sauver. Des pompiers volontaires qui couraient le long de la rive ont réussi à communiquer verbalement avec lui jusqu'à 20 h 45. Le service d'incendie de Kingsclear n'avait pas à sa disposition un bateau qui aurait pu être dépêché immédiatement pour une opération de sauvetage. Le service d'incendie de Fredericton a fourni une embarcation; ce premier bateau a été mis à l'eau à 21 h à Crock's Point. À 21 h 30, des membres du

Other Cases of Interest continued

located the male again with thermal imagery but he was non-responsive. They lost visual contact again shortly thereafter, due to the fast water. When visual contact was established by volunteers from the Fire Department, they did not have any basic equipment to deploy, such as a throw line. Volunteers from the Kingsclear Fire Department, who were maintaining visual contact with the victim, had difficulty communicating his location to the rescue boat and the lights from the rescue boat actually interfered with their ability to maintain visual contact.

The search and rescue continued for several hours and he was found deceased by the Fredericton Fire Department boat crew at 1:45 a.m. on March 31.

As a result of the coroner's investigation of this case, there are three recommendations:

1. That first responders should have a rescue boat ready for use and accessible year round.

2. This rescue boat should be equipped with a floating disc (fluorescent Frisbee on a 100 foot floating line).

3. There should be warnings or reminders issued every spring about boating safety in fast water.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

service d'incendie ont réussi à repérer l'homme à nouveau au moyen d'un appareil d'imagerie thermique, mais il était inerte. Ils l'ont à nouveau perdu de vue peu après en raison de la vitesse du courant. Lorsque les pompiers volontaires du service d'incendie l'ont aperçu, ils n'avaient pas l'équipement de base nécessaire pour le sauver, comme une corde de sauvetage. Les pompiers volontaires du service d'incendie de Kingsclear qui ont gardé un contact visuel avec la victime ont eu de la difficulté à communiquer avec les membres du personnel du bateau de sauvetage pour leur indiquer où elle se trouvait. En fait, les phares du bateau de sauvetage ont même nuit à leur capacité de garder la victime bien en vue.

L'opération de recherche et de sauvetage s'est poursuivie pendant plusieurs heures. Le personnel du bateau de sauvetage du service d'incendie de Fredericton a finalement trouvé l'homme sans vie le 31 mars à 1 h 45.

À la suite de son enquête, le coroner a formulé trois recommandations :

1. Que les secouristes aient à leur disposition pendant toute l'année une embarcation de sauvetage prête à utiliser.

2. Que cette embarcation soit munie d'un anneau de sauvetage fluorescent attaché à une corde flottante de 100 pieds.

3. Que des avertissements et des rappels soient publiés chaque printemps au sujet de la sécurité nautique en eaux vives.

Other Cases of Interest continued

The recommendations were forwarded to the Departments of Environment and Local Government and Public Safety for review and response.

Recommendation # 1

That first responders should have a rescue boat ready for use and accessible year round.

The Minister of Environment and Local Government confirmed that local service district (LSD) fire departments do not have the authority to provide water rescue under existing legislation. Services other than fire protection would require legislative amendments. The New Brunswick Association of Fire Chiefs has made a request to government that LSD fire departments be given the authority to provide medical first responder services and this is currently under review by the Department of Environment and Local Government.

Should government deem it appropriate for departments to be able to provide other services, and fire departments are able and prepared to do so, then legislative amendments could be made to accommodate this. Changes in fire protection services provided by LSD fire departments will require additional investment through the LSD property tax base to cover training costs and equipment purchases.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Les recommandations ont été acheminées aux représentants du ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux et du ministère de la Sécurité publique afin qu'ils les passent en revue et fournissent leurs commentaires.

Recommandation n° 1

Que les secouristes aient à leur disposition pendant toute l'année une embarcation de sauvetage prête à utiliser.

Le ministre de l'Environnement et des Gouvernements locaux a confirmé que les lois et les règlements en vigueur à l'heure actuelle ne permettent pas aux services d'incendie qui relèvent d'un district de services locaux (DSL) de participer à des opérations de sauvetage nautique. Pour leur permettre de fournir des services autres que des services de protection contre les incendies, il faudra apporter des modifications législatives. L'Association des chefs de pompiers du Nouveau-Brunswick a demandé au gouvernement de permettre aux services d'incendie qui relèvent d'un DSL de fournir des services médicaux opérationnels. Le ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux étudie présentement cette requête.

Si le gouvernement juge qu'il est approprié pour ces services d'incendie de fournir d'autres formes de services, et si ces services d'incendie le désirent et sont prêts à le faire, des modifications législatives pourraient être apportées en conséquence. Si les services d'incendie qui relèvent des DSL sont appelés à fournir des services autres que des services de protection contre les incendies, il faudra trouver des fonds supplémentaires dans l'assiette foncière des DSL pour payer les coûts liés à la formation et à l'achat d'équipement.

Other Cases of Interest continued

The Minister advised that fire departments also have mutual aid agreements with neighbouring fire departments, which will enable them to call for assistance when required. The Minister recognized the Kingsclear First Nation who donated a boat to the Kingsclear Fire Department to be used for future rescue attempts should LSD fire departments be authorized to provide such a service.

The Minister of Public Safety advised that the Fire Department in question is a Local Service District (LSD) Fire Department. The Minister noted that water rescue operations, particularly those involving fast water and ice conditions, require specialized equipment and training to ensure the safety of the rescuers. Given the inherent risks of these incidents and the specialized nature of this type of rescue capability, volunteer Fire Departments are not expected to provide these types of rescue services. Since some Fire Departments are prepared to assume the risks and raise funds for the required equipment and training, the Minister advised that the Office of the Fire Marshal will recommend that the Department of Environment and Local Government amend policy and legislation to allow the LSD Fire Departments to develop rescue capabilities, if they wish to do so.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le ministre a fait remarquer que les services d'incendie ont également des accords d'aide mutuelle avec les autres services d'incendie de leur région et ces derniers peuvent venir à leur rescousse au besoin. Le ministre a également souligné la contribution de la Première nation de Kingsclear, qui a fait don d'une embarcation au service d'incendie de Kingsclear. Le service pourra s'en servir pour des opérations de sauvetage si les services d'incendie qui relèvent d'un DSL reçoivent l'autorisation de participer à de telles opérations.

Le ministre de la Sécurité publique a fait remarquer que le service d'incendie en cause relevait d'un district de services locaux (DSL). Le ministre a souligné que les opérations de sauvetage nautique, surtout lorsque les eaux sont glacées et que le courant est rapide, nécessitent une formation et de l'équipement spécialisés pour assurer la sécurité des sauveteurs. Compte tenu des risques associés à ce genre de sauvetage et des compétences techniques nécessaires, on ne s'attend pas à ce que les services de pompiers volontaires soient en mesure d'entreprendre des opérations de sauvetage de ce genre. Puisque certains services d'incendie sont prêts à assumer les risques et à recueillir les fonds requis pour la formation et l'achat de l'équipement nécessaire, le Ministère a indiqué que le Bureau du prévôt des incendies recommandera que le ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux modifie les directives, les lois et les règlements de façon à permettre aux services d'incendie des districts de services locaux qui le désirent de perfectionner leurs capacités en matière de sauvetage.

Other Cases of Interest continued

The Minister of Public Safety advised that first responders should seek mutual aid agreements with those fire departments which are equipped and trained for year round water rescue response. The Minister has advised that the Regional Fire Dispatch initiative within the NB911 program enhancements will introduce procedures to rapidly identify and dispatch the nearest specialist rescue resources.

The case summary and recommendations have been forwarded to the New Brunswick Association of Fire Chiefs and the Fire Departments involved in the rescue operation upon the recommendation of the Minister of Public Safety.

Case # 14

This 15 year old female died on May 11, 2004 as a result of carbon monoxide poisoning following a fire in her home. At the time of the fire, the adult male who was in the home was unaware that the child was asleep in the back bedroom. The cause of the fire was not determined but unattended burning candles and the absence of a smoke alarm played a role in the death.

Power to the home had been disconnected on May 10th. The weather was cold and damp that evening and the family were using candles as a light and heat source before going to bed. On the night of May 10th, two adults and three children slept in the

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le ministre de la Sécurité publique a recommandé que les secouristes opérationnels tentent de conclure des accords d'aide mutuelle avec les services d'incendie qui ont la formation et l'équipement nécessaires pour effectuer des opérations de sauvetage nautique à n'importe quelle période de l'année. Le ministre a indiqué que les améliorations apportées au système d'urgence 911 du Nouveau-Brunswick, notamment l'implantation d'un service de répartition régional des appels, permettront l'élaboration de modalités visant à déterminer rapidement quels spécialistes en sauvetage se trouvent le plus près de l'incident et à les dépêcher sur les lieux.

À la demande du ministre de la Sécurité publique, les recommandations et le résumé du dossier ont été envoyés à l'Association des chefs de pompiers du Nouveau-Brunswick et aux services d'incendie qui ont participé à l'opération de sauvetage.

Cas n° 14

Une jeune fille de 15 ans est décédée le 11 mai 2004 des suites d'une intoxication oxycarbonée provoquée par un incendie dans la maison où elle habitait. Quand l'incendie a éclaté, un homme adulte se trouvait dans la maison mais ne savait pas que la jeune fille dormait dans la chambre à coucher du fond. La cause de l'incendie n'a pas été déterminée, mais des chandelles allumées laissées sans surveillance et l'absence d'un détecteur de fumée ont contribué au décès de la victime.

Le courant avait été débranché à la maison le 10 mai. Ce soir-là, il faisait froid et le temps était humide. Les membres de la famille s'étaient servis de chandelles comme source de lumière et de chaleur avant de se coucher. Deux adultes et trois

Other Cases of Interest continued

home. On the morning of May 11th, around 8:00 a.m. the mother left the home for work but the 15 year old female remained at home from school due to illness. The adult male was asleep when they left and did not know that the child had not gone to school as usual.

Between 9:30 and 10:00 a.m., the adult male wakened and re-lit the 4 or 5 large candles on the coffee table for warmth. Following this, he took the dog outside, exiting from the back door. Within a short time, he heard a loud noise, saw the window of the house blow out, and smoke rising from the house. He did not re-enter the house and with help from neighbours called for emergency assistance.

Police and firefighters arrived on the scene just after 10:00. Police questioned the adult male who advised that no one was inside the residence. Both police and firefighters at the scene initially relied on this mistaken and erroneous information. As the police continued to gather information about the cause of the fire, they questioned their confidence in the accuracy of the information and advocated that the firefighters search the building.

By this point, at approximately 10:15, the mother arrived at the scene and reported that her daughter was still in the building in a back bedroom.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

enfants ont passé la nuit du 10 au 11 mai dans la maison. Le matin du 11 mai, la mère a quitté la maison vers 8 h pour aller travailler, mais la jeune fille de 15 ans n'est pas allée à l'école parce qu'elle ne se sentait pas bien. L'homme adulte, qui dormait lorsque la mère a quitté la demeure, ne savait pas que la jeune fille n'était pas allée à l'école comme d'habitude.

L'homme s'est réveillé entre 9 h et 10 h et a rallumé les quatre ou cinq grosses chandelles qui se trouvaient sur la table de salon pour se réchauffer. Il est ensuite sorti avec le chien par la porte arrière. Peu de temps après, il a entendu un bruit intense. Il a vu une fenêtre de la maison éclater et de la fumée s'échappait de la maison. Il n'est pas retourné à l'intérieur; il a appelé les services d'urgence avec l'aide des voisins.

Les agents de police et les pompiers sont arrivés sur les lieux peu après 10 h. Les agents de police ont interrogé l'homme, qui leur a dit que personne ne se trouvait à l'intérieur. Les agents de police et les pompiers sur place se sont d'abord fiés à cette information erronée. Les agents ont continué à recueillir des renseignements pour déterminer la cause de l'incendie. Ils se sont ensuite posés des questions sur l'exactitude de cette information et ont demandé aux pompiers d'effectuer des recherches à l'intérieur.

À ce moment, soit à 10 h 15 environ, la mère est arrivée sur les lieux et a indiqué aux intervenants que sa fille se trouvait toujours dans la chambre à coucher du fond.

Other Cases of Interest continued

The case highlights the importance of smoke alarms and the hazards when burning candles, particularly when used as a source of heat. It also highlights the importance of adhering to protocols and procedures for search and rescue at the scene of a fire.

During the course of the investigation, the coroner reviewed the policy on disconnection of power service, including the Disconnection Without Further Notice (DFN) policy. The policy provides for continuous service even with outstanding arrears, provided that both parties have agreed to terms of payment. On May 3, NB Power officials had agreed to a payment arrangement for the arrears, with the first payment due on May 14th. However, the agent did not record the payment arrangement in the normal manner on the account and the power was disconnected on May 10th.

During this same period, credit department officials were investigating arrears accounts at other addresses, for individuals with some of the same identifying information. There was no discussion of responsibility for these accounts as part of the May 3 payment arrangement and NB Power officials only raised the historical accounts after the disconnection. NB Power officials would not agree to reconnect the power at the current location despite the error in disconnecting, until responsibility could be assessed for the other accounts. The parties set up a meeting for May 11th to resolve the conflicting information and have power re-connected. The fire occurred early morning on May 11th.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Cette tragédie fait ressortir l'importance des détecteurs de fumée et les dangers reliés aux chandelles, surtout lorsqu'elles sont utilisées comme source de chaleur. Elle montre également l'importance de respecter à la lettre les protocoles et les modalités de recherche et de sauvetage sur les lieux d'un incendie.

Dans le cadre de son enquête, le coroner a passé en revue la directive sur le débranchement des services d'électricité, notamment la directive sur le débranchement sans autre préavis. En vertu de cette directive, le service n'est pas débranché, même si le compte de l'abonné est en souffrance, pourvu que les parties se soient entendues sur les modalités de paiement. Le 3 mai, des représentants d'Énergie NB ont accepté une entente de paiement pour le montant en souffrance, le premier paiement devant être effectué le 14 mai. Cependant, l'agent responsable du dossier n'a pas inscrit l'entente de paiement comme il faut le faire habituellement dans le dossier de l'abonné et le courant a été coupé le 10 mai.

Au cours de la même période, les membres du personnel du service du crédit effectuaient une enquête sur des comptes en souffrance à d'autres adresses au nom de personnes ayant des renseignements signalétiques semblables. Au cours des discussions du 3 mai qui ont mené à l'entente sur les modalités de paiement, aucune mention n'a été faite de la question de la responsabilité de ces comptes. Les représentants d'Énergie NB ont soulevé la question des comptes en souffrance seulement après le débranchement du courant. Les représentants d'Énergie NB ont refusé de faire rebrancher le courant à l'adresse courante, même si les services d'électricité avaient été interrompus par erreur, tant et aussi longtemps que personne n'assumait la responsabilité des autres comptes en souffrance. Les parties avaient prévu se rencontrer le 11 mai pour éclaircir l'information contradictoire et faire rebrancher le courant. L'incendie est survenu le matin du 11 mai.

Other Cases of Interest continued

As a result of the circumstances and issues arising from this case, the coroner has recommended:

1. That the Fire Department review its protocols and procedures to ensure it clearly identifies one firefighter with the responsibility for search and rescue who is not also tasked with fire fighting, until the search is complete.

2. That the Fire Department provide refresher training on the importance of adhering to protocols on search and rescue.

3. That NB Power review its policies and procedures on Disconnect Without Further Notice:
   - to ensure that policy on service continuance and discontinuance is followed
   - to ensure that payment arrangements are recorded according to policy and service is continued once a payment arrangement is made
   - that proof of liability for arrears accounts be established before attaching them as a condition of reconnecting service for an existing account

The recommendations were forwarded to the Department of Public Safety and NB Power for consideration.

Recommendations #1 and 2

That the Fire Department review its protocols and procedures to ensure it clearly identifies one firefighter with the responsibility for search and rescue who is not also tasked with fire fighting, until the search is complete.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Après avoir examiné les circonstances entourant l'incendie et les modalités connexes soulevées, le coroner a formulé les recommandations suivantes :

1. Que le service d'incendie examine ses protocoles et ses modalités de façon à désigner clairement un pompier responsable des opérations de recherche et de sauvetage qui ne combat pas l'incendie jusqu'à ce que les recherches soient terminées.

2. Que le service d'incendie fournisse une formation de perfectionnement sur l'importance de respecter les protocoles régissant la recherche et le sauvetage.

3. Qu'Énergie NB examine ses directives et ses modalités concernant le débranchement sans autre préavis de façon à :
   - assurer le respect de la directive sur le maintien et l'interruption du service;
   - s'assurer que les ententes sur les modalités de paiement sont inscrites dans les registres conformément aux directives en vigueur et que le service soit maintenu si une entente sur les modalités de paiement est conclue;
   - que la responsabilité de montants en souffrance soit prouvée avant d'en exiger le remboursement comme condition au rebranchement du service.

Les recommandations ont été acheminées au ministère de la Sécurité publique et l'Énergie NB à des fins d'examen.

Recommandations n^{os} 1 et 2

Que le service d'incendie examine ses protocoles et ses modalités de façon à désigner clairement un pompier responsable des opérations de recherche et de sauvetage qui ne combat pas l'incendie jusqu'à ce que les recherches soient terminées.

Other Cases of Interest continued

That the Fire Department provide refresher training on the importance of adhering to protocols on search and rescue.

The Minister of Public Safety advised that the Office of the Fire Marshal supports the intent of the recommendations. The Minister advised that the firefighting manuals are very clear on standard procedures for search and the fire department must always do a thorough search of the building regardless of how small a structure may look upon arrival. The Minister noted that in most structural fires, the search for life requires a primary and secondary search. During the primary search, firefighters must rapidly search all affected areas of the structure immediately upon arrival. The secondary search is carried out after the initial fire suppression and ventilation operations have been completed. In every case, firefighters should not assume that all occupants are out until the building has been completely searched by fire department personnel.

The Minister advised that the Office of the Fire Marshal will release a Fire Marshal Bulletin to inform all fire departments of the importance of properly searching a building in the early stage of firefighting operations and reinforce the importance of rapid intervention during rescue operations.

The Minister confirmed that the Fire Department will be asked to conduct a review of their search and rescue protocols, ensure a primary search is carried out immediately upon arrival and conduct refresher training sessions on search and rescue procedures for their firefighters.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Que le service d'incendie fournisse une formation de perfectionnement sur l'importance de respecter les protocoles régissant la recherche et le sauvetage.

Le ministre de la Sécurité publique a expliqué que le Bureau du prévôt des incendies est d'accord avec le but de ces recommandations. Il a fait savoir que les manuels des pompiers expliquent clairement la marche à suivre pour les recherches. Le personnel du service d'incendie doit toujours fouiller l'édifice de fond en comble en arrivant sur les lieux d'un incendie, peu importe si la structure peut sembler petite. Le ministre a fait remarquer que, pour la plupart des incendies d'immeuble, la recherche des survivants comprend deux étapes, soit la recherche initiale et la recherche secondaire. Au cours de la recherche initiale, les pompiers doivent rapidement fouiller toutes les pièces de l'édifice en flammes dès leur arrivée sur les lieux. La recherche secondaire est effectuée après les activités initiales d'extinction et de ventilation. Les pompiers ne doivent jamais présumer que toutes les personnes sont sorties de l'édifice avant de l'avoir fouillé au complet.

Le ministre a rapporté que le Bureau du prévôt des incendies publiera un bulletin pour rappeler à tous les services d'incendie l'importance de bien fouiller l'édifice dès les premiers instants de la lutte contre l'incendie et d'intervenir rapidement dans une opération de sauvetage.

Le ministre a confirmé que les services d'incendie seront appelés à passer en revue leurs protocoles concernant les opérations de recherche et de sauvetage avec leur personnel pour s'assurer qu'une fouille initiale est entreprise dès leur arrivée sur les lieux, ainsi qu'à fournir des séances de perfectionnement sur les modalités de recherche et de sauvetage à leurs pompiers.

Other Cases of Interest continued

Recommendation # 3

That NB Power review its policies and procedures on Disconnect Without Further Notice.

NB Power advised that the Distribution Customer Service Corporation is responsible for the Disconnection for Non-payment Policy and makes every effort to ensure the policy is followed.

NB Power advised that their organization continuously strives to streamline the scheduling process for customers who meet the criteria for disconnects for non-payment to reduce the number of people involved in the process and will continue to work with agents to ensure proper compliance with policy. This is accomplished through regular training and coaching on policies regarding service continuance and discontinuance, proper recording of payment arrangements and proof of liability for arrears prior to reconnection of service. In addition, NB Power has a quality assurance function focussing on contact centre skills and a process for monitoring customer relationships, including random reviews of financial arrangements between customers and agents.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Recommandation n° 3

Qu'Énergie NB examine ses directives et ses modalités concernant le débranchement sans autre préavis de façon :

Énergie NB a indiqué que la Corporation de distribution et service à la clientèle est responsable de la directive sur le débranchement des services d'électricité pour non-paiement et que le personnel fait tout son possible pour assurer le respect de la directive.

Selon les représentants d'Énergie NB, l'entreprise s'efforce continuellement de simplifier le processus d'établissement des calendriers de paiements pour les clients qui ne règlent pas leurs factures et dont les services d'électricité pourraient être débranchés de façon à réduire le nombre de personnes mises dans cette situation. L'entreprise continuera à travailler en collaboration avec ses employés afin de s'assurer que cette directive est suivie à la lettre. Pour ce faire, l'entreprise offrira régulièrement des séances de formation et d'encadrement au sujet des directives sur le maintien et le débranchement des services d'électricité, l'inscription adéquate des ententes de paiements, ainsi que l'établissement de la responsabilité concernant les montants en souffrance avant d'en exiger le remboursement comme condition au rebranchement du service. De plus, Énergie NB a mis sur pied une initiative de contrôle de la qualité qui met l'accent sur les compétences en prise d'appels, ainsi qu'un processus visant à surveiller les relations avec la clientèle, qui comprend des examens au hasard d'ententes financières conclues entre les clients et les membres du personnel.

Other Cases of Interest continued

Case #15

The accidental drowning of this 25 year old male occurred in June 2004, following a fishing expedition with friends two days earlier on the St. Croix River. The four men were travelling in a 12 foot aluminium boat with a 3 horsepower motor, rated for 500 lbs. At the outset of the trip, the weather was good and the winds were calm. With the four men and gear on board, the boat was overloaded and when the winds changed and the water became rough, the boat was swamped by a wave. The men became separated and one swam to shore and the other floated with the help of a cooler. These two men assisted a third man to shore. The fourth male was swimming about 40 feet from shore. They lost sight of the fourth male and while searching became lost themselves and stayed in the woods overnight. They walked out of the woods and reported the incident to the police the next day and a search was conducted for the deceased. Extensive resources were devoted to the search, including the RCMP dive team who located the body.

The investigation demonstrated that the deceased was impaired by alcohol and the others acknowledged some use of alcohol as well. The investigation did not establish whether or not anyone had a valid boat operators license, whether or not the individuals were wearing life jackets or had safety equipment on board.

The coroner has recommended more public education about the use of alcohol while operating a boat. The coroner has also recommended public education on the risks of overloading small recreational boats.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Cas n° 15

Un homme de 25 ans s'est noyé accidentellement en prenant part à une expédition de pêche avec des amis sur la rivière Sainte-Croix en juin 2004. Son corps a été retrouvé deux jours plus tard. Les quatre hommes se servaient d'un bateau en aluminium de 12 pieds, muni d'un moteur à trois chevaux-vapeur et ayant une capacité de charge maximale de 500 livres. Au moment où ils ont mis l'embarcation à l'eau, il faisait beau et le vent était calme. Avec les quatre hommes et tout l'équipement à bord, le bateau était surchargé. Lorsque le vent s'est levé, l'eau est devenue agitée et le bateau a été submergé par une vague. Les hommes ont été dispersés. Un des hommes s'est rendu sur la rive à la nage et un deuxième s'y est rendu en flottant à l'aide d'une glacière. Lorsque les deux premiers ont aidé un troisième à regagner la terre ferme, la victime nageait à environ 40 pieds de la rive. Les trois hommes ont ensuite perdu de vue leur compagnon. Ils ont tenté de le repérer et se sont égarés. Après avoir passé la nuit en forêt, ils sont sortis du bois et ont signalé l'incident à la police. Des recherches ont alors été entreprises afin de retrouver la victime. De vastes ressources ont été déployées, incluant l'équipe de plongeurs de la GRC, qui a trouvé le corps de la victime.

L'enquête a permis de déterminer que la victime avait les facultés affaiblies par l'alcool. Ses amis ont également admis avoir consommé de l'alcool le jour de l'accident. Il a été impossible de déterminer si un membre du groupe était titulaire d'un permis valide de conducteur de bateau, si les occupants portaient ou non leur gilet de sauvetage, et si des dispositifs de sécurité se trouvaient ou non dans le bateau.

Le coroner a recommandé d'organiser davantage d'initiatives de sensibilisation publique au sujet des dangers associés à la conduite d'un bateau après avoir consommé de l'alcool. Il a également recommandé de sensibiliser le public au risque de surcharger des petites embarcations de plaisance.

Other Cases of Interest continued

The recommendations were forwarded to Transport Canada for review and comment.

Transport Canada expressed concerns about boating while under the influence of alcohol and the risks of overloading a pleasure craft. Transport Canada shares this information at regional and national levels with the Department's key partners, including the Recreational Boating Advisory Councils and the Canadian Marine Advisory Council. Coroner's reports are also regularly distributed at the bi-annual meetings of the Department's Standing Committee on Recreational Boating.

Transport Canada's Safe Boating Guide addresses both of these issues and is available in hard copy and on the web site (http://www.tc.gc.ca/BoatingSafety/sbg-gsn/menu.htm). These issues are regularly discussed as part of the department's boating safety communications initiatives and Enforcement agencies and boating safety stakeholders also regularly include these messages in their communications. Boating safety issues are discussed when planning for the department's various boating safety communications initiatives such as the "Safe Boating Week" held annually with the Canadian Safe Boating Council.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Les recommandations ont été acheminées aux représentants de Transports Canada pour qu'ils les passent en revue et fassent part de leurs commentaires.

La navigation de plaisance sous l'influence de l'alcool et les risques associés à la surcharge des embarcations de plaisance constituent des préoccupations pour Transports Canada, qui partage des renseignements sur ces questions à l'échelle nationale et régionale avec ses principaux partenaires, dont les Conseils consultatifs de la navigation de plaisance et le Conseil consultatif maritime canadien. De plus, les rapports des coroners sont régulièrement distribués dans le cadre des réunions semestrielles du Comité permanent sur la navigation de plaisance de Transports Canada.

Le Guide de sécurité nautique de Transports Canada traite de ces deux questions. Il est possible de se procurer un exemplaire du guide auprès de ce ministère, ou de le consulter en ligne à l'adresse http://www.tc.gc.ca/SecuriteNautique/sbg-gsn/menu.htm. Ces questions font régulièrement l'objet de discussions dans le cadre de la mise en œuvre, par le ministère des Transports, d'initiatives de communication sur la sécurité nautique. De plus, les organismes chargés de l'application de la loi et les intervenants en matière de sécurité nautique mettent également l'accent sur ces préoccupations dans leurs communications. Le Ministère traite également de questions liées à la sécurité nautique dans la planification de ses communications portant sur diverses initiatives de sécurité nautique, comme la Semaine de la sécurité nautique organisée conjointement tous les ans avec le Conseil canadien de la sécurité nautique.

Other Cases of Interest continued

Case #16

A 38 year old male, was travelling by motorcycle in the Kedgwick area during the early hours of the morning of August 10, 2003. He came upon a group of all terrain vehicles (ATVs) parked on the wrong side of the road and although the ATV drivers reportedly attempted to signal the approaching motorcycle, no one was able to manoeuvre out of the way in time to avoid a fatal collision.

This incident highlights the need for continuing public education concerning the safe operation of ATVs. The coroner therefore recommends:

- That awareness campaigns developed and promoted by the Department of Public Safety continually remind ATV owners and operators of the importance of travelling on approved trails and the risk to themselves and the motoring public when they travel on public roads.

This recommendation was forwarded to the Department of Public Safety for review and response.

The Minister of Public Safety advised that the issues relating to the safe operation of Off-Road Vehicles is of great concern and he supports this recommendation. He advised that his officials have worked with their partners in developing and delivering a number of public awareness products and safety information campaigns. Discussions are now underway with the ATV Federation to further

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Cas n° 16

Un homme de 38 ans se déplaçait à motocyclette dans la région de Kedgwick tôt le matin du 10 août 2003. Il est arrivé à un endroit où se trouvaient un groupe de véhicules tout-terrain (VTT) stationnés du mauvais côté de la route. Il semble que les conducteurs des VTT ont tenté d'attirer l'attention du motocycliste, mais personne n'a été en mesure de se déplacer à temps pour éviter la collision qui a entraîné la mort de celui-ci.

L'accident fait ressortir le besoin de continuer à sensibiliser le grand public à la conduite sécuritaire des VTT. Le coroner formule donc la recommandation suivante :

- Que les campagnes de sensibilisation mises en œuvre et parrainées par le ministère de la Sécurité publique continuent de souligner aux propriétaires et aux conducteurs de VTT l'importance d'emprunter uniquement les sentiers approuvés, ainsi que sur le fait que la conduite des VTT sur les voies publiques peut les mettre à risque et mettre les usagers de la route en danger.

Cette recommandation a été acheminée aux représentants du ministère de la Sécurité publique afin qu'ils les passent en revue et fournissent leurs commentaires.

Le ministre de la Sécurité publique a fait remarquer qu'il est très préoccupé par les questions liées à la conduite sécuritaire des véhicules hors route et qu'il appuie la recommandation. Il a indiqué que les agents du Ministère ont travaillé en collaboration avec leurs partenaires afin d'élaborer et de mettre en œuvre un certain nombre de produits et de campagnes d'information et de sensibilisation

Other Cases of Interest continued

promote safe use of all terrain vehicles and this recommendation will be incorporated into awareness and safety campaigns as they are developed and promoted by the ATV Safety Committee.

Case # 17

This 46 year old male died of head injuries while snowmobiling when he encountered a barrier on the snowmobile trail. Alcohol and drugs were not a factor in the accident. At the time of the accident, the trail was not yet officially open for the season as grooming was not complete. This section of the trail was private property but it was under an agreement with the Snowmobile Federation to permit use during the snowmobile season. A barricade consisting of a chain suspended on two posts had been placed across a section of the trail. Caution strips were attached to the chain, however, there were no warning signs posted in advance to indicate a barrier had been erected and the driver was unable to avoid the barrier.

In the coroner's investigation of the case, it was evident that barriers pose a safety risk and warnings should be considered. If barriers are erected, the safety issues of how to mark, and how to warn, must be considered. Currently, the agreements used by the Snowmobile Federation do not address the issue of erecting barriers. Trail permits can be purchased as early as October, in advance of the snowmobile season. The information provided with the trail permit does not indicate how to verify

Autres cas dignes d'intéret (suite)

publique. Le ministère discute présentement avec la Fédération des véhicules tout-terrain du Nouveau-Brunswick afin de promouvoir davantage la conduite sécuritaire des véhicules tout-terrain. Le Comité sur la sécurité relative aux VTT tiendra compte de cette recommandation dans l'élaboration et la promotion de campagnes de sécurité et de sensibilisation.

Cas n° 17

Un homme de 46 ans est décédé des suites de blessures à la tête subies lorsque sa motoneige a percuté une barrière sur le sentier de motoneige. L'alcool et la drogue n'étaient pas en cause. Au moment de l'accident, le sentier n'était pas encore officiellement ouvert pour la saison et son entretien n'était pas terminé. Cette section du sentier traverse une propriété privée. Une entente conclue avec la Fédération des clubs de motoneige permettait cependant aux motoneigistes d'y avoir accès pendant la saison de motoneige. Une barrière constituée d'une chaîne suspendue à deux poteaux se trouvait en travers du sentier. Des rubans d'avertissement étaient attachés à la chaîne, mais aucun panneau de mise en garde n'avait été affiché pour prévenir les motoneigistes qu'ils s'approchaient d'une barrière. Le motoneigiste n'a pas été en mesure de l'éviter.

L'enquête du coroner a permis de déterminer sans équivoque que les barrières sont dangereuses et que des mesures de mise en garde doivent être prises. Si on érige une barrière, il faut prendre en considération certaines questions de sécurité, comme la façon de mettre la barrière en évidence et d'avertir les usagers du sentier. À l'heure actuelle, les ententes conclues par la Fédération des clubs de motoneige du Nouveau-Brunswick ne comprennent aucune disposition portant sur l'utilisation de

Other Cases of Interest continued

when the trail is open nor that barriers may still be in place prior to the season opening.

Therefore, in the interests of preventing other deaths in similar circumstances, the coroner has recommended that:

- The Province, in conjunction with its partners involved in snowmobile safety, raise awareness of safety on the trails, including but not limited:
  - to the importance of staying off the trails until they are groomed
  - advertising when the trails are opened

- That the Snowmobile Federation consider the use of a 1-800 number to provide information on when the trail is closed or when a barrier has been erected

- That the Snowmobile Federation address the issue of barriers in its agreements with private landowners to ensure that they are not erected on trails that are under agreement during the snowmobile season

- That the Snowmobile Federation and ATV Federation educate private landowners on the importance of establishing, and maintaining, adequate signage on the trail, in advance of any

Autres cas dignes d'intéret (suite)

barrières. Il est possible de se procurer un permis d'usage des sentiers dès le mois d'octobre, soit bien avant le début de la saison de motoneige. Les renseignements fournis en annexe du permis n'expliquent pas comment vérifier si le sentier est officiellement ouvert et ne mettent pas les conducteurs en garde concernant le fait que des barrières peuvent toujours être en place avant l'ouverture de la saison.

Par conséquent, afin de prévenir d'autres décès dans des circonstances semblables, le coroner a formulé les recommandations suivantes :

- Que le gouvernement provincial, en collaboration avec ses partenaires en matière de sécurité en motoneige, sensibilise les motoneigistes à la conduite sécuritaire sur les sentiers, entre autres à :
  - l'importance de ne pas se servir des sentiers avant qu'ils soient prêts pour la saison;
  - l'importance d'annoncer l'ouverture officielle des sentiers.

- Que la Fédération des clubs de motoneige étudie la possibilité d'offrir un numéro sans frais pour informer les motoneigistes quand le sentier est fermé et les aviser de la présence de barrières.

- Que la Fédération des clubs de motoneige traite de la question des barrières dans les ententes qu'elle conclut avec les propriétaires fonciers du secteur privé pour s'assurer qu'aucune barrière ne soit érigée sur un sentier visé par une entente au cours de la saison de motoneige.

- Que la Fédération des clubs de motoneiges et la Fédération des véhicules tout-terrain du Nouveau-Brunswick sensibilisent les propriétaires fonciers à l'importance d'ériger et

Other Cases of Interest continued

barrier, on land that may be accessed by ATV owners or snowmobile owners.

There was a second snowmobile fatality involving a chain barrier on a private road. This case is under review at this time but the coroner's recommendations are relevant in both cases.

The recommendations were sent to the Departments of Public Safety and Natural Resources who subsequently advised that the recommendations should also be reviewed by the Department of Tourism and Parks and the NB Safety Council.

The Minister of Public Safety advised that officials in his Department will review the recommendations with various stakeholders, including the appropriate federations and the Technical Committee for Motorized Trails. The Minister advised that the Department of Tourism and Parks is responsible for appointing the manager of the motorized snow vehicle trails and the Department of Natural Resources is responsible for appointing the manager of the ATV trails. The Minister advised that both federations may wish to include appropriate wording in educational campaigns and future trail usage agreements for private and public property.

The Minister of Natural Resources advised that his Department is the primary liaison with the NB All Terrain Vehicle Federation (NBATVF), who is responsible for the management of the trails. Consequently, he has provided a copy of the recommendations to the Federation.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

de maintenir des panneaux avertissant les conducteurs de la présence d'une barrière sur le sentier qui traverse des terres accessibles aux propriétaires de véhicules tout-terrain et de motoneiges.

Une autre personne est décédée en motoneige après avoir heurté une telle barrière érigée sur un chemin privé. Ce dossier fait présentement l'objet d'une enquête, mais les présentes recommandations s'appliquent dans les deux cas.

Les recommandations ont été transmises aux représentants du ministère de la Sécurité publique et du ministère des Ressources naturelles. Ceux-ci étaient d'avis que ces recommandations devaient également être portées à l'attention du ministère du Tourisme et des Parcs et du Conseil de sécurité du Nouveau-Brunswick.

Le ministre de la Sécurité publique rapporte que des représentants de son ministère examineront ces recommandations avec divers intervenants, incluant les fédérations concernées et le Comité technique des sentiers motorisés. Il a également indiqué que le ministère du Tourisme et des Parcs a la responsabilité de nommer le gestionnaire des sentiers de motoneige, alors que le ministère des Ressources naturelles se charge de nommer le gestionnaire des sentiers de VTT. Le ministre suggère que les deux fédérations se servent d'un libellé approprié dans les campagnes de sensibilisation et les ententes futures sur l'utilisation des terres privées et des terres publiques.

Le ministre des Ressources naturelles a fait remarquer que son ministère assure l'essentiel de la liaison avec la Fédération des véhicules tout-terrain du Nouveau-Brunswick, qui se charge de la gestion des sentiers. Il a donc fait parvenir une copie des recommandations à la Fédération.

Other Cases of Interest continued

The Minister of Tourism and Parks advised that staff will meet with representatives of the NB Federation of Snowmobile Clubs (NBFSC) to determine how to incorporate the recommendations into the New Brunswick Trail Manager's Agreement. In addition, the issue of public awareness on trail barriers will be raised with the Trail Management Trust Fund Board, where funds can be dedicated to these types of initiatives. The Minister also committed to working closely with the Department of Public Safety in their liaison with the NBFSC, the New Brunswick All Terrain Vehicle Federation and the Technical Committee for Motorized Trails on these issues.

Responses from the Federations and the NB Safety Council were not available at the time of publication.

Case # 18

Four young persons in their early to mid thirties died as a result of a motor vehicle accident on Grand Manan in October 2004.

On the night in question, the four individuals had been drinking at a local bar until closing. The individuals left the bar at around 2:30 a.m., with the stated intention to go to a house party on the island. En route, the vehicle failed to negotiate an "S" turn, left the road and hit a culvert.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

La ministre du Tourisme et des Parcs a fait savoir que des membres de son ministère rencontreront des représentants de la Fédération des clubs de motoneige du Nouveau-Brunswick afin de déterminer de quelle façon il faut procéder pour intégrer les recommandations formulées à l'entente conclue avec le gestionnaire des sentiers de motoneige. De plus, la question de la sensibilisation du public aux barrières qui sont érigées sur les sentiers sera portée à l'attention du conseil d'administration du Fonds en fiducie pour la gestion des sentiers, qui pourrait consacrer des fonds à ce genre d'initiative. La ministre s'est également engagée à travailler en étroite collaboration avec le ministère de la Sécurité publique pour ce qui est des rapports qu'il entretient au sujet de ces questions avec la Fédération des clubs de motoneige du Nouveau-Brunswick, la Fédération des véhicules tout-terrain du Nouveau-Brunswick et le Comité technique des sentiers motorisés.

Au moment de la publication du rapport, nous attendions toujours une réponse des fédérations et du Conseil de sécurité du Nouveau-Brunswick.

Cas n° 18

Quatre personnes dans la jeune trentaine sont mortes en octobre 2004 dans un accident de la route à Grand Manan.

Les quatre personnes avaient passé une partie de la soirée à boire dans un salon-bar jusqu'à la fermeture de l'établissement. Elles sont parties vers 2 h 30 avec l'intention affichée de se rendre à une fête ailleurs dans l'île. En route, le conducteur n'a pu prendre un virage en « S » et le véhicule a quitté la chaussée pour percuter un ponceau.

Other Cases of Interest continued

An accident reconstruction was completed and the expert found that the road was dry on the night in question and visibility was good. The investigation also confirmed that there were no mechanical malfunctions with the vehicle. The vehicle was travelling at an excessive rate of speed and the layout of the road was well known to the individuals involved in the accident.

The coroner has recommended that Liquor Inspectors remind bars of their obligations under the Liquor Control Act. Further, it is recommended that inspectors advocate attendance at the Responsible Beverage Service Program (offered by the Tourism Industry Association of New Brunswick Tourism) for all licensees.

The recommendations were forwarded to the Department of Public Safety for consideration.

The Minister of Public Safety advised that inspectors conducted an information session with the bar in question to review the responsibilities of licensed establishments under the *Liquor Control Act* with regards to over service of patrons and customer over intoxication.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

D'après la reconstitution de l'accident, la chaussée était sèche ce soir-là et la visibilité était bonne. L'enquête a permis de confirmer que le véhicule n'avait aucune défaillance mécanique. Le véhicule roulait à une vitesse excessive et le chemin était bien connu des personnes impliquées dans l'accident.

Le coroner a recommandé que les inspecteurs rappellent aux titulaires de licence de salon-bar de leurs obligations en vertu de la *Loi sur la réglementation des alcools*. De plus, il est recommandé que les inspecteurs les encouragent à participer au programme de service responsable des boissons alcoolisées, qui est offert par l'Association de l'industrie touristique du Nouveau-Brunswick à tous les gestionnaires des débits de boisson titulaires d'une licence.

Les recommandations ont été transmises au ministère de la Sécurité publique aux fins d'examen.

Le ministre de la Sécurité publique indique que les inspecteurs ont tenu une séance d'information avec le personnel de l'établissement en question afin de rappeler les responsabilités des établissements titulaires de licences sous le régime de la *Loi sur la réglementation des alcools* pour ce qui est de la quantité d'alcool servie aux clients et du degré d'ébriété de ces derniers.

Other Cases of Interest continued

The Minister of Public Safety advised that inspectors provide orientation on responsibilities under the *Liquor Control Act* to each establishment upon the issuance of a liquor license. As part of this orientation, licensees are provided with an operational brochure which contains information on the Responsible Beverage Service Program. In addition, the Department of Public Safety website provides licensees with a direct link regarding this important program (see http://www.gnb.ca/0276/liquor/english/notice-e.pdf). Inspectors will continue to advocate the merits of this program and will continue to monitor and work with licensed establishments to ensure compliance with the provisions of the *Liquor Control Act*.

Case # 19

Four young Kent County area residents died as a result of a fatal single motor vehicle accident which occurred on May 9, 2004.

The crash occurred on Route 515 in Bouctouche Cove at 01:50 hrs. The vehicle was traveling on route 515 when it crossed the road, hit the culvert, rolled and landed on the roof. Speed and alcohol were the contributing factors as weather conditions were good and the pavement was dry.

The investigation demonstrated that the four friends met at a dance that evening. Prior to attending the dance, one of the four individuals stopped at a friend's house en route, left his vehicle there, made arrangements for a designated driver and relinquished his keys. During the course of the evening, plans changed and the designated driver returned the keys to the vehicle owner.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le ministre de la Sécurité publique a indiqué que dès qu'une licence est délivrée, les inspecteurs offrent à chaque établissement une orientation concernant leurs responsabilités sous le régime de la *Loi sur la réglementation des alcools*. Dans le cadre de l'orientation, on remet une copie du guide des opérations comprenant des renseignements sur le programme de service responsable des boissons alcoolisées. De plus, le site Web du ministère de la Sécurité publique offre aux établissements titulaires d'une licence un lien menant directement à des renseignements sur ce programme important (voir http://www.gnb.ca/0276/liquor/french/notice-f.pdf). Les inspecteurs continueront de vanter les mérites du programme ainsi que de surveiller les établissements titulaires d'une licence et de travailler avec eux afin d'assurer la conformité à la *Loi sur la réglementation des alcools*.

Cas n° 19

Quatre jeunes du comté de Kent sont décédés le 9 mai 2004 dans un accident de la route impliquant un seul véhicule.

La collision est survenue à 1 h 50 sur la route 515 à Bouctouche Cove. Le véhicule a traversé la chaussée, a heurté un ponceau, s'est renversé et s'est retrouvé sur le toit. La vitesse et l'alcool ont contribué à l'accident. Les conditions météorologiques étaient bonnes et la chaussée était sèche.

L'enquête a permis de déterminer que les quatre amis se sont rencontrés à une soirée dansante le soir de l'accident. Avant de se rendre à la soirée, l'un des quatre jeunes s'est arrêté chez un ami et y a laissé son véhicule. Il s'est trouvé un conducteur désigné et lui a remis ses clés. Au cours de la soirée, les plans ont changé et le conducteur désigné a rendu les clés au propriétaire du véhicule.

Other Cases of Interest continued

A second individual agreed to take responsibility as the designated driver but did not secure the keys to the car. By this time, the four friends had met and agreed to travel together, since they lived in the same community. The designated driver stopped en route to their home and the vehicle owner gained access to his vehicle. He was in possession of his keys and decided to drive his own vehicle. Despite the protestations of the designated driver and another friend, the others elected to go with him.

As a result of the investigation of the case, the coroner has recommended more education. Specifically:

- That more education is needed on the importance of responsible drinking.
- That more education is needed on the role of the designated driver and the importance of ensuring that impaired individuals are not in a position to drive while impaired. The designated driver should only agree to take responsibility for providing a safe drive home on the condition that he/she is in possession of the keys.
- That education highlight the risk of making a judgment error when an individual is impaired by alcohol and plans to secure a safe drive home have changed.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Une deuxième personne a accepté la responsabilité d'être le conducteur désigné, mais n'a pas obtenu les clés du véhicule. Les quatre amis s'étaient alors déjà rencontrés et avaient convenu de s'en retourner ensemble puisqu'ils vivaient tous dans la même collectivité. Le conducteur désigné s'est arrêté à l'endroit où le véhicule avait été laissé et le propriétaire y a alors eu accès. Il avait les clés en sa possession et a pris la décision de conduire son véhicule. Malgré les protestations du conducteur désigné et d'un autre ami, les trois autres ont décidé de l'accompagner.

À la suite de son enquête, le coroner a recommandé une sensibilisation accrue, notamment :

- Qu'il faut sensibiliser le public davantage à l'importance de consommer de façon responsable;
- Qu'il faut sensibiliser le public davantage sur le rôle du conducteur désigné et sur l'importance de s'assurer que les personnes en état d'ébriété n'aient pas accès à un véhicule lorsque leurs facultés sont affaiblies. Le conducteur désigné doit accepter la responsabilité de reconduire quelqu'un chez lui seulement si on lui remet les clés du véhicule.
- Que les initiatives de sensibilisation mettent l'accent sur le risque, pour une personne en état d'ébriété, de faire une erreur de jugement lorsqu'il y a changement des arrangements pris pour un retour à la maison en toute sécurité.

Other Cases of Interest continued

The recommendations were forwarded to the Department of Public Safety for review and response.

The Minister of Public Safety noted that impaired driving is a complex problem addressed through ever-improving legislation, enforcement and public education. The Department of Public Safety has worked with stakeholders for years to address the issue through legislation, enforcement and education but driving while impaired by alcohol, drugs or fatigue continues to be one of the leading causes of motor vehicle collisions in New Brunswick.

On the legislation side, the penalties are stiff and intended to act as a stern deterrent. A conviction for driving while impaired brings an automatic one-year license suspension for a first offence and the requirement to attend a three-hour auto control course while a second conviction leads to a three year suspension and a weekend course. Penalties imposed by the courts and financial consequences when seeking auto insurance coverage is over and above these sanctions.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Les recommandations ont été acheminées aux représentants du ministère de la Sécurité publique afin qu'ils les passent en revue et fournissent leurs commentaires.

La ministre de la Sécurité publique a fait remarquer que la conduite avec facultés affaiblies constitue un problème complexe auquel il faut s'attaquer en renforçant les mesures législatives et en les appliquant de façon plus rigoureuse, ainsi qu'en accroissant la sensibilisation publique. Même si le ministère de la Sécurité publique travaille en collaboration avec divers intervenants à cet effet depuis de nombreuses années, la conduite avec facultés affaiblies par l'alcool, la drogue ou la fatigue continue d'être l'une des principales causes d'accidents de véhicules à moteur au Nouveau-Brunswick.

Au point de vue des mesures législatives, les sanctions sont sévères et servent de rigoureux moyens de dissuasion. Une première déclaration de culpabilité à une accusation de conduite avec facultés affaiblies entraîne la suspension automatique du permis de conduire pendant un an et l'obligation de suivre le cours *Auto contrôle* de trois heures. Une deuxième déclaration de culpabilité entraîne une suspension de trois ans et l'obligation de suivre le cours d'une fin de semaine. Les coupables sont aussi passibles de sanctions imposées par les tribunaux et doivent subir des conséquences financières connexes (notamment en ce qui concerne l'assurance automobile).

Other Cases of Interest continued

On the enforcement side, the provincial police force (RCMP), regional and municipal police forces work diligently to keep the roads safe. In 2003/04, police charged 1,130 individuals with impaired driving, 167 individuals for failure or refusal to take a breathalyser, 13 individuals with impaired driving causing bodily harm or impaired driving causing death.

In addition, the police participate with other stakeholders on the NB Highway Safety Committee to coordinate road checks focussing on safety issues, including impaired driving in May, October and December. The committee works to educate and raise awareness on driver safety issues in concert with schools and local sponsors through presentations to student assemblies and at other special events. In the summer of 2005, the Committee sponsored a province wide two week anti-drinking and driving radio campaign and are currently organizing a joint project with Teens Against Drinking and Driving (TADD) groups across the province to distribute TADD Christmas Cards at special road checks in December.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Au point de vue de l'application des lois, la GRC et les services de police municipaux et régionaux dans la province travaillent avec diligence afin de rendre les routes plus sécuritaires. En 2003-2004, les services de police ont porté 1 130 accusations pour conduite avec facultés affaiblies, 167 accusations pour défaut ou refus de fournir un échantillon pour l'alcootest, ainsi que 13 accusations pour conduite avec facultés affaiblies ayant causé des lésions corporelles ou conduite avec facultés affaiblies ayant causé la mort.

De plus, les services de police travaillent en collaboration avec d'autres intervenants au sein du Comité de la sécurité routière du Nouveau-Brunswick pour coordonner des contrôles routiers en mai, octobre et décembre axés sur diverses questions liées à la sécurité routière, dont la conduite avec facultés affaiblies. En collaboration avec des écoles et des partenaires locaux, le Comité organise des campagnes d'éducation et de sensibilisation publique sur des questions de sécurité routière en présentant des exposés dans le cadre de rassemblements d'étudiants ou d'autres activités spéciales. Le Comité a parrainé une campagne radiophonique provinciale de deux semaines au cours de l'été 2005 pour dénoncer l'ivresse au volant. Il prépare aussi une initiative conjointe avec les sections locales de l'organisme Adolescents contre l'ivresse au volant (ACIV) qui permettra la distribution de cartes de Noël d'ACIV dans le cadre de contrôles routiers spéciaux qui auront lieu en décembre.

Other Cases of Interest continued

The Department of Public Safety works with the Canadian Council of Motor Transport Administrators (CCMTA), its committees and task forces to stay informed on the latest research and best practices within Canada and internationally.

The Minister advised that the recommendations for increased educational efforts will be carefully studied and factored into these on-going efforts.

Case #20

This 43 year old male died when he failed to negotiate a sharp turn on a steep grade and the tractor trailer he was operating upset. The investigation revealed that this driver was familiar with the route, had driven it many times, and that the weather and road conditions were favourable. He was not wearing a seat belt at the time of the accident and died as a result of his injuries.

He had been driving truck as an occupation for approximately six months. He participated in a training course of eight weeks duration before starting with his employer but cut the training time short by 20 hours to begin employment. During his training, his assessment showed that his shifting ability did not improve over the course of his three weeks training. The investigation established that he may have missed a gear going into the final turn and when the truck is in neutral the engine is disabled and causes the vehicle to gain speed.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le ministère de la Sécurité publique travaille en collaboration avec les comités et les groupes de travail du Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé (CCATM) de façon à se tenir au courant des plus récentes recherches et des pratiques exemplaires au Canada et ailleurs dans le monde.

Le ministre rapporte que son ministère examinera attentivement la recommandation d'accroître les efforts de sensibilisation et en tiendra compte dans la mise en œuvre de ses initiatives.

Cas n° 20

Un homme de 43 ans est décédé dans un accident de la route. Son camion s'est renversé lorsqu'il n'a pas été en mesure de négocier un virage serré dans une pente raide. L'enquête a permis de déterminer que cette route lui était familière et qu'il avait déjà effectué le trajet à plusieurs reprises. Au moment de l'accident, il faisait beau et la route était en bon état. Il ne portait pas sa ceinture de sécurité au moment de l'accident et est décédé des suites de ses blessures.

Il exerçait le métier de camionneur depuis environ six mois. Il a pris part à un cours de formation d'une durée prévue de huit semaines, mais a abandonné à 20 heures de la fin afin de commencer son emploi. Selon l'évaluation du cours de formation, ses aptitudes aux changements de vitesses ne s'étaient pas améliorées au cours des trois semaines de formation. Selon l'enquête, il se pourrait qu'il ait manqué une vitesse en se dirigeant dans la courbe finale. Lorsque le camion est au neutre, il prend de la vitesse parce que le moteur tourne dans le vide.

Other Cases of Interest continued

The investigation demonstrated that the truck was due to be inspected in six months time and the trailer was due for inspection in two months time. The truck was equipped with self-adjusting slack adjusters but could also be adjusted by hand. The truck brakes had been adjusted the day prior to the death and the trailer's brakes had been adjusted six days prior to the death. Following the accident, the vehicle was checked by an independent company who found that the truck had only half its braking power and the trailer had reduced braking capacity.

The Occupational Health & Safety Act was amended to include motor vehicles as a place of employment in August 2004. Nevertheless, the WHSCC did investigate the case. They did not issue any orders for change as a result of their investigation.

After full consideration of the facts, the coroner forwarded two recommendations to the Department of Public Safety.

1. Successful completion of an approved Transport Driver Training Course be a requirement prior to obtaining a Class l Driver's License

2. New Brunswick Safety Inspection be done on a semi-annual basis on all Transport Trucks and Large Trailers registered in the province.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

L'enquête a permis de déterminer que le camion devait faire l'objet d'une inspection dans les six mois qui ont suivi l'accident, alors que la remorque devait en subir une dans les deux mois suivants. Le camion était muni de freins à rattrapage automatique d'usure, mais il était également possible de les régler manuellement. Les freins du camion avaient été réglés le jour précédant l'accident, alors que ceux de la remorque l'avaient été six jours avant le décès. À la suite de l'accident, une compagnie indépendante a inspecté le véhicule. L'inspection a permis de déterminer que le camion bénéficiait de seulement la moitié de sa capacité de freinage et que la capacité de freinage de la remorque était également réduite.

La *Loi sur la sécurité et l'hygiène au travail* a été modifiée en août 2004 pour faire en sorte que les véhicules à moteur soient considérés comme des lieux de travail. Même si l'accident est survenu avant l'adoption de cette modification, la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail du Nouveau-Brunswick a effectué une enquête, mais n'a pas rendu d'ordonnance à cet égard.

Après avoir minutieusement examiné les faits en cause, le coroner a formulé deux recommandations au ministère de la Sécurité publique.

1. Que la réussite d'un cours approuvé de conduite de camion remorque soit obligatoire pour pouvoir être titulaire d'un permis de conduire de classe 1;

2. Que toutes les grosses remorques et tous les camions lourds immatriculés au Nouveau-Brunswick fassent l'objet d'une inspection semestrielle.

Other Cases of Interest continued

Recommendation # 1

Successful completion of an approved Transport Driver Training Course be a requirement prior to obtaining a Class l Driver's License.

The Department of Public Safety, Motor Vehicle Branch, directs and implements the National Safety Code (NSC) which comprises 16 safety related standards ensuring that commercial drivers and vehicles are licensed, tested (inspected), monitored and, when appropriate, sanctioned in a uniform manner from jurisdiction to jurisdiction.

NSC Standard # 2 requires carriers to provide drivers and prospective drivers with the necessary training to become qualified to drive and to remain qualified to operate the particular class of vehicle. This standard also requires drivers to meet applicable medical, vision, physical ability, knowledge and skill standards through the successful completion of the prescribed tests and examinations prior to operating a commercial vehicle.

NSC Standard # 3 establishes and maintains a consistent class license testing program in each jurisdiction. The program provides additional acceptance of driver's licenses, both nationally and internationally.

NSC Standard # 4 requires the carrier to ensure that drivers hold the appropriate license to permit operation of the class of vehicles authorized and they must have a system to ensure that drivers remain qualified to drive. This standard also requires drivers to possess a valid driver's license of

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Recommandation n° 1

Que la réussite d'un cours approuvé de conduite de camion remorque soit obligatoire pour pouvoir être titulaire d'un permis de conduire de classe 1.

La Direction des véhicules à moteur du ministère de la Sécurité publique supervise et met en œuvre le Code canadien de sécurité (CCS), qui comprend 16 normes relatives à la sécurité pour garantir que les conducteurs de véhicules utilitaires et les véhicules sont titulaires d'un permis, vérifiés et soumis à des mesures de contrôle, et lorsque cela est approprié, sanctionnés d'une manière qui soit uniforme d'une administration à l'autre.

La norme 2 du CCS exige que les transporteurs offrent aux conducteurs et aux conducteurs apprentis la formation requise pour conduire et demeurer aptes à conduire cette classe particulière de véhicules. Selon cette norme, les conducteurs doivent également satisfaire aux conditions applicables concernant la santé, la vision, la capacité physique, la connaissance et les habiletés en subissant avec succès les examens et les tests prescrits avant de conduire un véhicule utilitaire.

La norme 3 du CCS établit et applique un programme d'épreuve pour une classe de permis en vigueur dans chaque administration. Le programme fournit une reconnaissance supplémentaire des permis de conducteur à l'échelon national et international.

Selon la norme 4 du CCS, le transporteur doit s'assurer que les conducteurs détiennent le permis approprié leur permettant de conduire la classe de véhicule autorisée et un système doit être en place afin de maintenir les habiletés des conducteurs. Cette norme exige également que les conducteurs

Other Cases of Interest continued

an appropriate class to operate the assigned vehicle, including an air brake endorsement where the vehicle is equipped with air brakes. The driver must provide ongoing evidence of a valid license.

The Minister advises that compliance with these standards is strictly monitored through the Commercial Vehicle Enforcement on-road enforcement program and the NSC Facility Audit Program.

Recommendation # 2

New Brunswick Safety Inspection be done on a semi-annual basis on all Transport Trucks and Large Trailers registered in the province.

The Minister of Public Safety advised that since 1996 New Brunswick has been part of the Mandatory Periodic Commercial Vehicle Inspection Program Reciprocal Agreement. Under this agreement, all Canadian jurisdictions require all heavy commercial vehicles to be inspected at least annually. All parties have also agreed to recognize and accept each other's inspection certificates. In April 2005, senior officials responsible for transportation and highway safety from the four Atlantic Provinces discussed how to harmonize procedures and reduce red tape and decided that all four provinces would adhere to an annual inspection program.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

soient titulaires d'un permis valide d'une classe appropriée pour conduire le véhicule assigné, y compris une mention relative aux freins à air comprimé lorsque le véhicule est muni de ce type de freins. Le conducteur doit fournir une preuve continue d'un permis valide.

Le ministre de la Sécurité publique a fait savoir qu'il est très préoccupé par les questions ayant trait à la conduite sécuritaire de camions de transport et de grandes remorques et qu'il continuera à collaborer avec les partenaires à l'échelle nationale et internationale pour mettre au point des solutions efficaces.

Recommandation n° 2

Que toutes les grosses remorques et tous les camions lourds immatriculés au Nouveau-Brunswick fassent l'objet d'une inspection semestrielle.

Le ministre de la Sécurité publique a fait savoir que depuis 1996, le Nouveau-Brunswick souscrit à l'Accord de réciprocité obligatoire du programme d'inspection périodique des véhicules utilitaires. Selon cet accord, chaque administration canadienne exige que tous les gros véhicules utilitaires soient inspectés au moins une fois par année. Tous les intervenants ont également convenu de reconnaître et d'accepter leurs certificats d'inspection respectifs. En avril 2005, des hauts fonctionnaires responsables du transport et de la sécurité routière des quatre provinces de l'Atlantique ont discuté des moyens à adopter pour harmoniser les procédures et réduire les formalités administratives. Il a également été convenu que les quatre provinces devraient adhérer à un programme d'inspection annuelle.

Other Cases of Interest continued

The mechanical fitness of commercial vehicles is monitored on an on-going daily basis in New Brunswick through National Safety Code standards.

NSC Standard # 11 requires carriers to ensure that all vehicles in its care meet the maintenance and performance standards as prescribed in the Regulations. Carriers are also required to have a system of maintenance records to facilitate inspection, and schedule maintenance and repair at regular intervals. Drivers must perform inspections and complete written reports in compliance with the Regulations.

A commercial vehicle may be subjected to a roadside inspection for compliance with NSC Standard # 12 at any time. Where the officer determines that any component(s) are out of compliance with the standard, it may be placed out of service, or subjected to fines, penalties or operational restrictions.

NSC # 13 requires all drivers to perform an inspection of the vehicle they are driving on a daily basis, prior to commencing a trip and record any defects discovered prior to the trip, while the vehicle is being operated, and at the end of the trip. The driver must notify the carrier if any defect poses an unreasonable risk.

The Minister advises that these requirements are also strictly enforced and monitored by the Commercial Vehicle Enforcement unit and the NSC Facility Audit program.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

La condition mécanique des véhicules utilitaires est vérifiée régulièrement chaque jour au Nouveau-Brunswick par l'application des normes du Code canadien de sécurité.

La norme 11 du CCS oblige les transporteurs à s'assurer que tous les véhicules en leur possession répondent aux normes d'entretien et de rendement prescrites dans les règlements. Les transporteurs doivent également établir un système de dossiers d'entretien pour faciliter l'inspection, et prévoir un entretien et une réparation de façon périodique. Les conducteurs doivent effectuer des inspections et rédiger des rapports écrits en conformité avec les règlements.

Une inspection routière d'un véhicule utilitaire peut être effectuée en tout temps pour vérifier la conformité à la norme 12 du CCS. Lorsqu'un agent détermine qu'une des composantes ne respecte pas la norme prescrite, le véhicule peut être mis hors service, ou l'exploitant peut être passible d'amendes, de pénalités ou de restrictions d'exploitation.

Selon la norme 13 du CCS, tous les conducteurs doivent effectuer une inspection quotidienne du véhicule qu'ils conduisent avant d'entreprendre un voyage et noter toute défectuosité découverte avant de prendre la route, durant l'utilisation du véhicule et à la fin du trajet. Le conducteur doit aviser le transporteur si un défaut mécanique représente un risque déraisonnable.

Le ministre a fait savoir que ces exigences sont également rigoureusement appliquées et surveillées par l'équipe d'application des lois sur les véhicules utilitaires et au moyen du programme d'inspection des installations du CCS.

Other Cases of Interest continued

The Minister of Public Safety advised that the issues relating to the safe operation of transport truck and large trailers is of great concern and the Department will continue to work with partners nationally and internationally to develop effective solutions.

Case # 21

This 32 year old male drowned, when he and a diving buddy were on a recreational scuba dive in the Saint John region. Neither the deceased, nor his diving buddy had much experience in scuba diving as both had been certified in the past year. The equipment they used was rented and during a diving expedition the previous day, the deceased had experienced problems with the equipment. He elected to use his back-up regulator as his primary regulator on the day in question. He was also experiencing difficulty with his buoyancy compensator, requiring him to fill it on the surface, manually.

The crisis occurred when they were within twenty feet from shore, and at a depth of ten feet. His diving buddy was initially unable to locate him and when he did locate him and attempted to provide assistance, He appeared to be experiencing equipment problems. The weight of the equipment kept pulling him underwater and his buddy was unable to rescue him.

During the investigation of this incident, the equipment was checked by another company and found to be in good working order. However, the technician confirmed that the buoyancy compensator was not working properly because it was not connected properly to the air supply. Training courses cover how to connect and how to clean the valves but not how to make major adjustments.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le ministre a fait savoir que la conformité à ces normes est strictement surveillée par le programme d'application sur route de la loi sur les véhicules utilitaires et du programme d'inspection des installations du CCS.

Cas n° 21

Un homme s'est noyé le 13 juin 2004 à l'âge de 32 ans alors qu'il faisait de la plongée sous-marine récréative avec un compagnon dans la région de Saint-Jean. Ni lui ni son compagnon de plongée ne possédaient beaucoup d'expérience en plongée sous-marine et les deux avaient obtenu leur certificat depuis moins d'un an. Ils utilisaient de l'équipement loué et l'homme victime de l'accident avait eu des problèmes à cet égard lors d'une sortie de plongée le jour précédent. Le jour de l'incident, il a choisi de se servir de son détendeur de secours comme détendeur principal. Il avait également éprouvé des problèmes avec sa bouée de remontée, qu'il devait remplir manuellement à la surface.

L'incident s'est produit alors que les plongeurs amateurs se trouvaient à moins de 20 pieds du rivage, à une profondeur de dix pieds. Le plongeur qui accompagnait la victime a eu de la difficulté à repérer son compagnon au départ. Lorsqu'il l'a trouvé et a tenté de l'aider, ce dernier semblait éprouver des problèmes d'équipement. Le poids de l'équipement l'entraînait continuellement vers le fond et l'autre plongeur a été incapable de le sauver.

Dans le cadre de l'enquête, une autre compagnie a vérifié l'équipement et a déterminé qu'il était en bon état de fonctionnement. Le technicien a cependant confirmé que la bouée de remontée ne fonctionnait pas bien parce qu'elle n'était pas branchée correctement à la source d'alimentation en air. Dans les cours de formation, on explique comment brancher et nettoyer les soupapes, mais pas comment apporter des modifications majeures.

Other Cases of Interest continued

The investigation demonstrated that these relatively inexperienced drivers did not know how to adjust the regulator breathing pressure and did not have the equipment attached properly. Moreover, the deceased relied on the back up regulator as his primary regulator.

The coroner has recommended increased practical training and experience prior to certification. Specifically:

1. Before a diver is certified, the diver should do at least six dives with a certified instructor.

2. Once certified, the diver should do an additional six dives with an experienced diving buddy (i.e. the buddy should have had at least ten dives).

These recommendations have been forwarded to five New Brunswick clubs (1) Tankers Scuba Club (Gagetown), (2) The Dive Shack (Saint John), (3) Navy Island Dive Company (St. Andrews), (4) Atlantic Dive Centre (Dieppe) and (5) Aqua Bulle (Caraquet). In addition, they have been sent to the Eastern Canada training representative of the National Association of Underwater Instructors (NAUI).

At the time of publication, no responses were available from these organizations.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

L'enquête a permis de déterminer que ces deux plongeurs relativement inexpérimentés ne savaient pas comment régler la pression d'air du détendeur et que l'équipement n'était pas branché correctement. De plus, M. Mayhew s'est servi de son détendeur de secours comme détendeur principal.

Le coroner a recommandé davantage de formation et d'expérience pratique avant l'obtention du certificat, notamment :

1. que tout plongeur effectue au moins six plongées avec un instructeur agréé avant d'obtenir son certificat,
2. que tout plongeur, après voir obtenu son certificat, effectue au moins six plongées avec un compagnon de plongée expérimenté, soit qui a effectué au moins dix plongées.

Ces recommandations ont été acheminées à cinq clubs de plongée du Nouveau-Brunswick, soit le Tankers Scuba Club à Gagetown, le Dive Shack à Saint-Jean, la Navy Island Dive Company à St. Andrews, le Atlantic Dive Centre à Dieppe et le club Aqua Bulle à Caraquet. De plus, elles ont été envoyées à Angelo Fiore, le représentant en matière de formation dans l'Est du Canada pour la National Association of Underwater Instructors (NAUI).

Au moment de la publication du rapport, nous attendions toujours une réponse de ces organismes.

Inquests and Cases of Interest (2003/04)

Follow up on the Rene Arseneault Inquest:

An inquest was held from June 24-27, 2003 into the death of a 25 year old male from the Saint John area while kayaking in the Fundy Multi Sport race. He succumbed to the effects of hypothermia after his kayak capsized in rough water conditions that developed during a storm that day. Participants in the one day multi sport race were required to run, bike and finally, kayak along the shores of the Bay of Fundy near Dipper Harbour, New Brunswick.

The recommendations provide concrete suggestions for event organizers.

Recommendations of the Jury

1. An acceptable level of experience should be demonstrated before participating in ocean kayak racing with a strong recommendation for at least one course in ocean kayaking for novices.

2. The organizers should notify local authorities as to the date, time, type of event and location of same.

3. An adequate communication system should be a must in these types of events.

4. Information on marine weather forecasts should be given to participants on the day of the race.

5. Each participant should be assigned and wearing a number corresponding with the official race list.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2003-2004):

Suivi de l'enquête sur le décès de René Arseneault :

On a tenu une enquête du 24 au 27 juin 2003 relativement à un homme de la région de Saint-Jean qui était âgé de 25 ans lorsqu'il a perdu la vie au cours d'une course de kayak tenue dans le cadre du Fundy Multi Sport race. Il a succombé aux effets de l'hypothermie encourue lorsque son kayak a chaviré en raison de la forte houle qui s'était développée à la suite de la tempête qui a eu lieu ce jour-là. Les participants à la compétition devaient effectuer une course à pied, une course à vélo et finalement une course en kayak le long des berges de la baie de Fundy, près de Dipper Harbour, au Nouveau-Brunswick.

Ces recommandations fournissent des suggestions concrètes aux organisateurs de telles activités.

Recommandations du jury

1. Les participants aux courses de kayak en mer doivent faire preuve d'une certaine maîtrise du sport. Il est fortement recommandé qu'ils aient suivi au moins un cours d'initiation au kayak en mer.

2. Les organisateurs doivent avertir les autorités locales de la date, de l'heure, du type d'événement et de l'endroit où se tiendra l'événement.

3. Un système de communication adéquat est une nécessité absolue pour ce type d'événement.

4. Les conditions de météo marine doivent être communiquées aux participants le jour de la course.

5. Chaque participant doit recevoir et porter un dossard avec le numéro qui lui a été assigné sur la liste officielle des participants à la course.

Inquests and Cases of Interest (2003/04) continued

6. There should be handheld marine flares in addition to a whistle on each kayak.

7. Strong consideration should be given to wearing wet suits while participating in the ocean kayaking leg of a race.

8. Waterproof skirts should be strongly considered.

9. There should be more awareness of the shared responsibility between the Organizers and the Participants.

Recommendation of the Presiding Coroner

1. Participant check lists should be available for quick access to emergency personnel.

Transport Canada advised that the Office of Boating Safety (OBS) is responsible for providing boating safety information to the public and administers regulations that apply to recreational boaters. Information for the public is provided by a toll free information line (1-800-267-6687) and on their website (www.safeboating.gc.ca), as well as provided at community events. Also available on this website, Transport Canada most comprehensive publication, the Safe Boating Guide, provides an overview of all the regulations that a boater must know when operating on Canada's waterways. Transport Canada advised that the Coroner's report on this case has been distributed to all regional offices.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2003-2004) (suite):

6. Des feux balises pouvant être tenus à la main doivent être fournis en plus des sifflets pour chaque kayak.

7. Les participants doivent être encouragés à porter une combinaison isothermique pour les courses de kayak en mer.

8. L'importance d'utiliser des jupettes étanches pour les kayaks doit être soulignées.

9. On doit accroître le sentiment de responsabilité partagée entre les organisateurs et les participants à l'événement.

Recommandation du coroner enquêteur

1. Des listes de vérification des participants doivent être disponibles afin de permettre un accès rapide au personnel d'intervention en cas d'urgence.

Transports Canada a indiqué que le Bureau de la sécurité nautique est responsable de fournir au public des renseignements sur la sécurité en bateau et d'administrer les règlements qui s'appliquent aux embarcations de plaisance. Le public peut obtenir de l'information en appelant sans frais au 1 800 267-6687, en visitant le site Web du Bureau (http://www.securitenautique.gc.ca) ou lors d'activités organisées dans la collectivité. De plus, Transports Canada offre sur son site Web sa publication la plus exhaustive, le *Guide de sécurité nautique*, qui offre un aperçu des règlements que tous les plaisanciers devraient connaître lorsqu'ils empruntent les voies navigables du pays. Transports Canada a indiqué que tous les bureaux régionaux ont reçu le rapport du coroner concernant le cas susmentionné.

Inquests and Cases of Interest (2003/04) continued

Recreational boaters participating in races must meet the regulatory requirements for equipment carriage and safety, including the most recent charts for the specific charted waterway.

Recommendation # 1

Transport Canada supports this principle and will reflect these recommendations in amendments to its Sea Kayaking Safety Guide scheduled for 2005/06.

Recommendations #2, #5 and #9

Transport Canada advised that they support these recommendations and will continue to encourage organizations to put these recommendations into practice.

Recommendations #3, #4, #7 and #8

These areas are already included in the Sea Kayaking Safety Guide (http://www.tc.gc.ca/BoatingSafety/pubs/kayak/menu.htm). Transport Canada will continue to encourage organizers to put this recommendation into practice.

Recommendation #6

Transport Canada advises that the Small Vessel Regulations already provides for some means of distress signalling equipment, although some exceptions apply.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2003-2004) (suite):

Les plaisanciers qui participent à des courses doivent satisfaire aux exigences réglementaires concernant le transport d'équipement et la sécurité, y compris les plus récentes cartes de la voie navigable cartographiée.

Recommandation n° 1

Transports Canada appuie ce principe et intégrera ces recommandations à des modifications du *Guide de sécurité : kayak de mer* qui sont prévues pour 2005-2006.

Recommandations n^{os} 2, 5, et 9

Transports Canada appuie ces recommandations et continuera d'encourager les organismes à les mettre en pratique.

Recommandations n^{os} 3, 4, 7 et 8

Ces questions sont déjà abordées dans le *Guide de sécurité : kayak de mer* (www.tc.gc.ca/securitenautique/pubs/kayak/menu.htm). Transports Canada continuera d'encourager les organisateurs à mettre ces recommandations en pratique.

Recommandation n° 6

Transports Canada a indiqué que le *Règlement sur les petits bâtiments* prévoit déjà certains dispositifs de signalisation de détresse, bien que certaines exceptions s'appliquent.

Inquests and Cases of Interest (2003/04) continued

These exceptions were carefully developed with stakeholders over the years to ensure that requirements are practical and responsive to their needs. Nevertheless, Transport Canada will consult with the recreational boating community on mandatory distress signalling flares carriage requirements through the Canadian Marine Advisory Council.

The Safe Boating Guide also contains a great deal of safety information for all pleasure craft, including kayaks. It was developed in conjunction with kayaking partner associations and outlines distress signalling equipment requirements for seagoing kayaks as well as many other safety and distress signalling equipment carriage recommendations.

Recommendation of the Presiding Coroner

In response to this incident, Transport Canada's Office of Boating Safety is developing a general guide for organizers and participants of boat races. The draft guide covers a multitude of crafts and incorporates elements as noted by the recommendations made at the inquest to give organizers and participants a broad range of considerations when planning for safety.

Responses from other agencies were reported in the Annual Report of the Chief Coroner for 2003/04.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2003-2004) (suite):

Au fil des ans, Transports Canada et ses intervenants ont soigneusement déterminé les exceptions afin d'assurer que les exigences sont pratiques et qu'elles répondent à leurs besoins. Néanmoins, Transports Canada consultera, par l'intermédiaire du Conseil consultatif maritime canadien, le milieu de la navigation de plaisance au sujet des exigences en matière de fusées de signalisation de détresse.

Le *Guide de sécurité nautique* contient également de nombreux renseignements au sujet des embarcations de plaisance, y compris les kayaks. Le guide, élaboré en collaboration avec les associations de kayak, passe en revue les exigences concernant l'équipement de signalisation de détresse pour les kayaks de mer, ainsi qu'un grand nombre d'autres recommandations en matière de sécurité et de transport d'équipement de signalisation de détresse.

Recommandation du coroner ayant présidé à l'enquête

En réponse à cet incident, le Bureau de la sécurité nautique de Transports Canada a entrepris l'élaboration d'un guide général pour les organisateurs de courses de bateaux et les participants. L'ébauche du guide touche une multitude d'embarcations et intègre des éléments inspirés des recommandations de l'enquête qui offrent aux organisateurs et aux participants un vaste éventail de considérations en matière de sécurité.

Les réponses des autres organismes figurent dans le rapport annuel 2003-2004 du coroner en chef.

Inquests and Cases of Interest (2003/04) continued

Follow up on the James Waddell Inquest:

An inquest was held from November 3-7, 2003 into the death of 4 year old James Waddell of Kingston, New Brunswick, who died after being attacked by rottweilers at his home. James lived with his father and his father's friend. His father's friend housed his three rottweilers on the property in a large outdoor pen. On the day of the accident, James had been left unattended in the house, while his father and friends were assessing electrical work in the basement. The owner of the dogs had let them out for a run, prior to entering the basement. While unattended, James went outside where he was attacked by the rottweilers, resulting in his death. The inquest dealt with the facts leading to the incident, issues concerning the care and supervision of the child, the medical treatment following injury and the cause of death.

The jury made four multi-part recommendations and incorporated those made by an expert in dog behavior, Dr. Norma Guy.

Recommendations of the Jury

Recommendation # 1

{That} a committee be struck, funded by the government, comprised of experts in various fields to develop and deliver a dog bite prevention program in New Brunswick. Fields of expertise to include: veterinarians, medical personnel, police, SPCA, breeders, social workers, educators, and others should be included on the committee. Following are the concerns to be addressed by the committee:

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2003-2004) (suite):

Suivi de l'enquête sur le décès de James Waddell :

Du 3 au 7 novembre 2003, le coroner a tenu une enquête relativement au décès de James Waddell, âgé de quatre ans, de Kingston, au Nouveau-Brunswick. L'enfant est décédé après avoir été attaqué par des rottweilers à son domicile. James vivait avec son père et l'ami de son père qui possédait trois rottweilers qu'il gardait dans un grand enclos situé sur la propriété. Le jour de l'accident, James avait été laissé seul dans la maison alors que son père et des amis évaluaient des travaux électriques à effectuer au sous-sol de la résidence. Le propriétaire des chiens les avait laissés sortir de leur enclos pour leur permettre de faire de l'exercice juste avant de descendre au sous-sol. Alors qu'il était seul, James est sorti de la maison et a été attaqué par les rottweilers, ce qui a entraîné son décès. Lors de l'enquête, on a examiné les circonstances qui ont entraîné l'accident, les traitements médicaux fournis à la suite de l'accident ainsi que la cause du décès.

Le jury a effectué quatre recommandations en plusieurs points, en incluant les recommandations d'une spécialiste en comportement canin, M^{me} Norma Guy.

Recommandations du jury

Recommandation n° 1

La création d'un comité financé par le gouvernement qui regrouperait divers experts afin de créer et d'assurer la délivrance d'un programme de prévention des morsures de chiens au Nouveau-Brunswick. Représentants des champs de spécialité suivants : vétérinaires, personnel médical, police, SPCA, éleveurs, travailleurs sociaux, éducateurs et autres, le cas échéant. Questions devant être traitées par le comité :

Inquests and Cases of Interest (2003/04) continued

A. Implementation of Dr. Norma Guy's recommendations {Atlantic Veterinary College}, as per Exhibit 18, with emphasis on points addressing supervision and vigilance of preschool children around dogs.

Recommendations for Parents

a) To delay dog adoption until children in the family are of school age, so they can learn how to behave around dogs, and to actually participate in the care of a dog.

b) Deliberately socialize young dogs to a wide variety of different people and situations before one year of age.

c) No preschool age child or infant should be left alone with a dog, even in adjoining room, regardless of the dog's history and experience with children.

d) Recognize that dogs require frequent contact with social partners to maintain balanced behavior.

e) Avoid using punishment in training, which is counterproductive to producing a dog suitable for a family environment.

Recommendations for Municipalities

a) Fund, and maintain, animal control separately from shelter/adoption facilities, as the former is a municipal responsibility and the latter are generally non-profit organizations.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2003-2004) (suite):

A. Mise en place des recommandations effectuées par la D^re^ Norma Guy {Atlantic Veterinary College}, en fonction de l'élément de preuve 18, en mettant l'accent sur les questions relatives à la surveillance des enfants d'âge préscolaire autour des chiens.

Recommandations à l'intention des paren

a) Repousser l'adoption d'un chien jusqu'à ce que les enfants de la famille soient d'âge scolaire afin que ces derniers puissent apprendre à se comporter adéquatement en présence d'un chien et soient en mesure de participer aux soins donnés à l'animal.

b) Avant qu'ils atteignent l'âge d'un an, s'assurer de présenter les jeunes chiens au plus grand nombre de personnes possible.

c) Aucun nourrisson ou enfant d'âge préscolaire ne doit être laissé seul en présence d'un chien, même s'il se trouve dans une autre pièce, quels que soient les antécédents du chien relativement aux enfants

d) Reconnaître que les chiens ont besoin de fréquentes interactions sociales avec différents partenaires si on veut qu'ils conservent un comportement équilibré.

e) Éviter de faire usage de punitions lors du dressage. Cela peut aller à l'encontre du but recherché lors du dressage d'un chien destiné à vivre en famille.

Recommandations à l'intention des municipalités

a) Financer et maintenir des services de gestion animale séparés des services d'abri/d'adoption puisque le premier est un service municipal, tandis que le second est généralement le fait d'un organisme sans but lucratif.

Inquests and Cases of Interest (2003/04) continued

b) Increase the cost of dog ownership by markedly increasing licence fees, which can in turn be used to support animal control and by-law enforcement.

c) Dogs, which are found running at large, should be micro-chipped (to be paid for by the owner) for permanent accurate identification before return to the owner.
d) Maintain an accurate and up-to-date database for licence and micro-chip data, including any reports of nuisance or dangerous behavior.

e) Adopt and enforce dangerous dog by-laws to restrict or prevent the ownership of dogs by individuals who have demonstrated themselves to be irresponsible, and to provide a process for appropriate decisions regarding the humane destruction of dangerous dogs.

Recommendations for Health Care Professionals

a) Approach dog bite injuries or fatalities as a largely preventable event, not an accident.

b) Support programs that educate children (in school or on television) about appropriate behavior around animals and respect for animals.

c) Recognize the strong emotional bond that may exist between owners and their pets, even when the pet is showing undesirable behavior.
d) Educate new parents as to the risks associated with dog-child interactions.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2003-2004) (suite):

b) Accroître le coût lié au fait d'avoir un chien en augmentant de façon importante le coût des permis. Cet argent pourra ensuite être employé à la gestion animale et à l'application des règlements municipaux.
c) Implanter une micro-puce aux chiens errants (payée par le propriétaire du chien) afin qu'on puisse toujours clairement l'identifier avant de le remettre à son propriétaire.
d) Créer et maintenir à jour une base de données sur les permis et sur les données relatives aux micro-puces, y compris tout rapport de méfait ou de comportement dangereux.
e) Adopter et appliquer des règlements relatifs aux chiens dangereux afin d'éviter ou de restreindre la propriété de chiens par des personnes s'étant montrées irresponsables et de fournir un cadre décisionnel clair visant l'abattage, dans des conditions appropriées, des chiens considérés dangereux.

Recommandations à l'intention des professionnels de la santé

a) Traiter les morsures de chien ayant causé des lésions ou la mort comme des incidents évitables, pas des accidents.
b) Créer des programmes de soutien pour éduquer les enfants (à l'école ou à la télévision) concernant le comportement à adopter vis-à-vis des animaux et le respect qu'on leur doit.
c) Reconnaître le lien émotif très fort qui lie le propriétaire à son chien, même si ce dernier fait preuve d'un comportement inacceptable.

d) Éduquer les nouveaux parents sur les risques inhérents aux interactions chien-enfant.

Inquests and Cases of Interest (2003/04) continued

e) Actively discourage dog ownership in families with preschool children who do not already own a dog.

f) Participate in any systematic (municipal, provincial, Health Canada) documentation of the occurrence of dog bites to children. Dog bites should be reported regardless of the ownership of the dog or its relationship with the victim.

g) Be aware of the strong association between child abuse and animal abuse. In the interest of humane treatment of animals as well as children, contact your local humane society if you suspect that an animal may be at risk based on evidence of abuse to children in same household.

Recommendations for Veterinarians

a) Support and implement early age neutering to reduce the number of dogs who are easily available to irresponsible or unprepared adopters.

b) Actively counsel clients on the timing of dog adoption relative to the age of children in the family, the choice of an appropriate pet, management of dogs to prevent bites, preparing dogs for life with a new baby in the home, teaching children to behave responsibly around pets.

c) Promote positive dog socialization experiences through puppy classes, fenced dog parks, dog trainers who use positive reinforcement methods (reward based) that ill reduce the likelihood of aggression.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2003-2004) (suite):

e) Décourager activement l'adoption d'un chien dans les familles où il y a des enfants d'âge préscolaire (si elles ne possèdent pas déjà un chien).

f) Participer à la documentation systématique (à l'échelle municipale, provinciale ou par Santé Canada) des morsures de chien subies par des enfants. Ce type d'incident doit être rapporté, peu importe qui a la propriété du chien ou quelle est la relation du chien vis-à-vis de la victime.

g) Être à l'affût du lien fréquent entre l'abus envers les enfants et l'abus envers les animaux. Afin de promouvoir le traitement approprié des bêtes, communiquez avec la Société protectrice des animaux si vous soupçonnez des comportements violents à l'égard d'un animal du fait des sévices subis par les enfants de la famille.

Recommandations à l'intention des vétérinaires

a) Soutenir et appliquer la politique de stérilisation en bas âge des chiens afin d'éviter l'adoption d'animaux entiers par des propriétaires irresponsables ou mal préparés.

b) Conseiller activement les clients sur le moment propice à l'adoption d'un chien en fonction de l'âge des enfants; sur le choix de l'animal; sur les façons d'éviter les morsures; sur les façons de préparer un chien à la venue d'un bébé; sur les comportements appropriés des enfants envers leur animal de compagnie.

c) Promouvoir les expériences de socialisation positive par l'intermédiaire de cours de comportement à l'intention des chiots, de parcs clôturés réservés aux chiens et d'entraîneurs qui utilisent des méthodes de renforcement positif (basées sur les récompenses) afin de réduire les risques d'agression.

Inquests and Cases of Interest (2003/04) continued

d) Be supportive of owners who are electing to euthanize their dog because of a legitimate problem with aggression, particularly if the dog shows a high level of reactivity or unpredictability.
e) Be proactive in drawing information about problem animals or situations to the attention of the humane society or animal control.
f) Actively oppose the breeding of any dogs without adequate regard to temperament.

B. That there be an onus and responsibility on anyone selling or transferring ownership to provide the information package produced by the afore-mentioned committee to the new owner.
C. Number of dogs per household be limited, decision to be determined by committee.
D. Consideration of a stratified licensing system based on the use of the dog.
E. The Department of Environment and Local Government be required to develop {an} enforceable regulation with respect to animal control in Local Service Districts in consultation with the afore-mentioned committee (not focussed on breed control).
F. Information in Exhibits 16, 17, 18 and 19.

Recommendation # 2

The establishment of the James Ronald Waddell {fund} for pet awareness and education, to be administered by the committee afore-mentioned.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2003-2004) (suite):

d) Être à l'écoute d'un propriétaire qui désire faire euthanasier son chien parce que ce dernier pose un réel problème d'agressivité, particulièrement si l'animal est très réactif ou imprévisible.
e) Intervenir sans hésiter quand vient le temps d'obtenir de l'information sur un animal qui pose problème ou sur les situations pouvant nécessiter l'intervention des services de gestion animale ou de la Société protectrice des animaux.
f) S'opposer activement à l'élevage de chiens sans égard à la question du tempérament.

B. L'obligation, pour toute personne vendant ou transférant la propriété d'un chien, de remettre au nouveau propriétaire de l'animal le carnet d'information produit par le comité susmentionné.
C. Limiter le nombre de chiens pouvant être gardés à domicile. Décision à prendre par le comité susmentionné.
D. Étudier la possibilité d'instaurer un système de permis stratifié selon l'usage qu'on fait du chien.
E. Exiger, du ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux, la création d'un règlement applicable relativement à la gestion animale (non axé sur la gestion des races) pour les districts locaux. Le travail devra être effectué en collaboration avec le comité susmentionné.
F. Données contenues dans les éléments de preuve 16, 17, 18 et 19.

Recommandatiton n° 2

La création d'une fondation James Ronald Waddell afin de promouvoir l'éducation et la sensibilisation aux questions relatives aux animaux de compagnie. L'administration de la fondation sera confiée au comité susmentionné.

Inquests and Cases of Interest (2003/04) continued

Recommendation # 3

With respect to Family {and Community} Services:

a) We support and encourage the actions described in Exhibit 20 from the Department of Family and Community Services.

b) Basic First Aid training provided for clients.

c) Mandatory animal awareness education for parents and their children.

d) Assessment done on non-family members residing in the home, as well as those in frequent contact with the child to ensure a safe environment for the child.

Recommendation # 4

Any animal involved in a serious attack should be detained for observation of behavioral patterns to the satisfaction of a licensed veterinarian.

The recommendations were forwarded to the Minister of Education, the Minister of Family and Community Services, the Minister of Public Safety, the Minister of Environment and Local Government and the President of the NB Medical Veterinary Association for review and response.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2003-2004) (suite):

Recommandation n° 3

En ce qui a trait au ministère des Services familiaux et communautaires :

a) Nous appuyons et encourageons les mesures décrites dans l'élément de preuve 20 du ministère des Services familiaux et communautaires.

b) Formation en premiers soins de base offerte aux clients

c) Formation obligatoire sur les animaux de compagnie pour les parents et leurs enfants

d) Évaluation des personnes autres que les membres de la famille résidant au domicile ainsi que de celles en fréquent contact avec l'enfant afin d'assurer un milieu de vie sécuritaire.

Recommandation n° 4

Tout animal impliqué dans une attaque grave doit être gardé sous observation et subir une évaluation comportementale par un vétérinaire.

Les recommandations ont été transmises aux ministres de l'Éducation, des Services familiaux et communautaires, de l'Environnement et des Gouvernements locaux ainsi qu'au président de l'Association des vétérinaires du Nouveau-Brunswick afin qu'ils les passent en revue et y répondent.

Inquests and Cases of Interest (2003/04) continued

The Minister of Environment and Local Government (ELG) noted the Department's commitment to lead an inter-departmental committee to review the merits of establishing a dog bite prevention program and in December 2004, Minister Fowlie announced in the Legislative Assembly that a working group would be established to review options relating to dangerous dog legislation. The Department also established an internal working group to identify gaps and weaknesses in the *Provincial Dog Regulation* and unproclaimed sections of the *NB Society for the Prevention of Cruelty to Animals Act* (SPCA) to develop standards relating to "pet establishments".

Since December 2004, the Task Force on Responsible Pet Ownership has met regularly and is in the process of finalizing a Report which contains a series of recommendations. The Task Force is comprised of representatives from the NB Veterinarians Associations, the SPCA, NBSPCA, Canadian Kennel Club and the MLA Fredericton-Fort Nashwaak, with support provided by staff from the Departments of Justice and ELG. The scope of work undertaken by the Task Force is broader than dangerous dog legislation. The Minister advised, therefore, that the Department elected to await the report of the Task Force, rather than establish a separate working group with potentially conflicting recommendations.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2003-2004) (suite):

Le ministre de l'Environnement et des Gouvernements locaux a pris note de l'engagement, par le ministère, à diriger les activités d'un comité interministériel afin d'examiner le bien-fondé de la création d'un programme de prévention des morsures de chien. Il a mentionné qu'en décembre 2004, la ministre Brenda Fowlie a annoncé à l'Assemblé législative la création d'un groupe de travail chargé d'étudier les possibilités en ce qui concerne la législation sur les chiens dangereux. Le ministère a également mis sur pied un groupe de travail interne afin de cerner les lacunes et les points faibles du *Règlement provincial sur les chiens* et de considérer les articles non promulgués de la *Loi sur la Société protectrice des animaux* (SPCA) pour élaborer des normes sur les établissements hébergeant des animaux domestiques.

Depuis décembre 2004, le Groupe de travail sur la responsabilisation des propriétaires d'animaux familiers s'est réunit régulièrement et ses membres rédigent actuellement la version finale d'un rapport comportant une série de recommandations. Le groupe de travail est composé de représentants des associations de vétérinaires du Nouveau-Brunswick, de la Société protectrice des animaux de Fredericton, la Société protectrice des animaux du Nouveau-Brunswick, du Club canin canadien et du député provincial de Fredericton-Fort Nashwaak, et compte sur le soutien du personnel du ministère de la Justice et du ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux. La portée du travail entrepris par le groupe de travail va au-delà de la législation sur les chiens dangereux. Le ministre a donc indiqué que le ministère avait choisi d'attendre le rapport du groupe de travail plutôt que de créer un second groupe de travail dont les recommandations pourraient contredire celles du premier.

Inquests and Cases of Interest (2003/04) continued

When the report and recommendations are available, the Minister advised that staff will consult with other departments, municipalities, stakeholder groups, etc. to implement the recommendations through legislation. The Minister advised that if the Task Force report does not address any of the recommendations of the Inquest Jury, the Department will re-assess them and deliver a path forward.

Follow up on Cases of Interest # 14:

This 37 year old female died from a combined overdose of alcohol and gamma hydroxybutyric acid (GHB) after attending a private party. The coroner recommended the use of educational programs to highlight the dangers of GHB, particularly in combination with alcohol. The recommendations were sent to the Minister of Health & Wellness, the Minister of Training and Employment and to the Minister of Public Safety.

The Minister of Training Employment and Development confirmed her support for an education plan for Community College students and others on the perils of combining alcohol and Gamma HydroxyButyrate (GHB). As a result of the coroner's recommendation in this area, the Minister advises that officials at the NBCC and CCNB will be instructing all eleven campuses to adopt an educational strategy. Specifically:

- Information on this topic is to be included in Orientation Packages for students.
- Information sessions will be conducted in the fall with invitees from the RCMP and the nursing profession
- All campuses will be asked to display literature on this topic in places of prominence.

Enquêtes et cas dignes d'intérêt (2003-2004) (suite):

Le ministre a indiqué qu'après la publication du rapport, le personnel du ministère consultera d'autres ministères, des municipalités, des groupes d'intervenants et autres afin de mettre en œuvre les recommandations au moyen d'une loi. Le ministre a expliqué que si le rapport du groupe de travail n'abordait aucune des recommandations des membres du jury saisi de l'enquête du coroner, le ministère les réétudiera et indiquera la voie à suivre.

Suivi du cas digne d'intérêt n° 14

Cette femme de 37 ans est décédée d'une surdose d'alcool et d'acide gamma-hydroxybutyrique (GHB) après avoir assisté à une réception intime. Le coroner a recommandé la prestation de programmes éducatifs afin de faire ressortir les risques que présente le GHB, notamment en association avec l'alcool. Les recommandations ont été soumises au ministre de la Santé et du Mieux-être, au ministre de la Formation et du Développement de l'emploi et au ministre de la Sécurité publique.

La ministre de la Formation et du Développement de l'emploi a réitéré son appui au plan d'éducation pour les étudiants des collèges communautaires et les autres étudiants sur les dangers de combiner alcool et 4-hydroxybutanoate (GHB). À la suite des recommandations du coroner, la ministre a indiqué que les représentants des CCNB aviseront les 11 campus d'adopter une stratégie éducative. Plus précisément :

- des renseignements sur le sujet seront inclus dans les trousses d'orientation pour les élèves;
- des séances d'information avec des membres de la GRC et des intervenants du domaine de la santé auront lieu à l'automne;
- on demandera à tous les campus de mettre en évidence de la documentation sur le sujet.